پوهاند دوکتور سیف الله هادی
دداخله ناروغیو تفریقی تشخیص

Contents

ا

پوهاند دوکتور سیف الله هادی
دداخله ناروغیو تفریقی تشخیص

دلوي او بخښونکي الله ج په نامه

سر ليکنه

دلوي او مهربان څښتن تعالي څخه شکر ادا کوم چي دداخله ناروغيو تفريقي تشخيص   کتاب دليکلو توان يي را په برخه کړ .څرنګه چي الله (ج) لومړي ځل انسان (ادم ع) دنسيا ن او سهوي سره پيدا کړي نو هيله کوم که په دي کتاب کي کوم املاي ،انشايي غلطي وي راته په ګوته کړي(saifullah.hadi@yahoo.com) ترڅو په مستقبل کي دهغي دتکرار څخه مخنيوي او ماته به درس شي . انشا الله اميد لرم چي ددي کتاب په ليکلو الله (ج) راته ښه اجر راکړي او دا بدله دخپل پلار مور ته مي ډالي کووم .
والسلام
پوهاند دوکتورسيف الله هادي
دننګرهار پوهنتون طب پوهنځي قلبي هضمي څانګي استاد

تاریخچه

Introduction and consent:

For example:
'Hello, Mr/Mrs/Ms . . .; my name is . . ..
I am a (medical student/doctor/etc.).
May I ask you some questions?'

Confirm patient details:

1.Name
2.Gender
3.Age
4.Date of birth
5. Religion: څرنګه چی مسلمانان او یهودان دقضیب راس سنتوی نو د سرطان پیښی يي کمی دی .
6.ادرس : ځینی ناروغی په ځینو ځایونو کی زیات او ځینو کی کم وی .
7.مسلک : ځینی ناروغی مسلک سره اړه لری .

Presenting complaint(PC)chief complian(CC):

لومړی هغه لومړنی او شدید اعرض تشریح شی چی ناروغ يي داکترته يي راوستی و ی . داعرض سره صفت او دراتلو وخت يي(chronology) وویل شی .
دمثال په ډول ناروغ دسږه لرونکی تبی له کبله چی پنځه ورځی کیږی ورته پیدا شوی مراجعه کړی .

Presenting complaint(PC):.

په دی برخه کی دری پاراګرافه شامل دی .

لومړی پاراګراف :

پوهاند دوکتور سیف الله هادی

دداخله ناروغیو تفریقی تشخیص

په دی پاراګراف کی د زمان (کرونولوژی) په پام کی نیولو سره هغه اعرض ښه تشریح شی چی لومړی پیل شوی څرنګه چی ناروغ تخنیکی پوهه نه لری نو معاینه کونکی په داسی ترتیب پوښتنه وکړی چی ناروغ اعرض ښه تشریح کړی او ناروغ ته داعرض دتشریح لپاره اجازه ورکړل شی. کله چی تاریخچه اخلی لاندی دوه شیان باید په پام کی ونیول شی .

لکه داسهال په اړوند :

1. د څومره مودی راهیسی دی ؟
2. دورځی څوځله د ی؟
3. ایا وینه لری ؟
4. ایا تبه ورسره شته ؟
5. ایا سفر يي کړی ؟

۱ – هیڅ کله داسی پو ښتنه مه کوی چی ناروغ ته لارښونه وشی .

۲ – تخنیکی اصطلاحات مه کاروی د ناروغ دخولی خبری ولیکی .

SOCRATES'

ددرد په اړنود لاندی پوښتنی وکړی .

1. Site: درد کوم ځاي کی دی .
2. Onset : ناڅاپه پیل شو که تدریجی ډول .
3. Character: درد تیز دی ، سوزیدونکی دی او که درونِد .
4. Radiation :درد انتشا ر لری .
5. Associated symptoms : درد سره نور کوم اعراض یوځایي دی لکه سا ه لنډی ، زړه بدوالی ، کانګی او تبه .
6. Timing: څومره موده دوام کوی .
7. Exacerbants/relievers: کوم شیان درد ډیروی او کوم شیان يي ارامِوی .
8. Severity: ایا درد دومره شدید دی چی دکوم کار کولو څخه منع کړی .

دناروغ اشاری (gesture of the patient):

1. کله چی د رد دناروغ په سینه کی وی په دی ډول چی ناروغ خپل لاس يي په سینه کی موټی کړی وی یا د زبیښولو اشاره کوی دا دزړه درد ښودونکی دی لکه انجینا یا دزړه انفارکشن .
2. که ناروغ خپل لاس په فلانک ساحه کی ایږدی او یا همدغه ځا ی ته فشار ورکوی د renal colic ښودونکی دی .
3. که ناروغ د سینی هډوکی مښی دزړه په سوزیدو باندی دلالت کوی چی په gastroesophageal reflux disease کی وی .
4. که ناروغ خپل کوناټی او یا ورون مښی د sciatic درد ښودونکی دی .
5. که ناروغ خپل بازو ګیډی کی راتاو کړی وی د midgute colic ښودونکی دی .

دویم پاراکراف :

دناروغ څخه هغه پوښتنی وشی چی دناروغ څخه پاتی وی او دلومړنی اعرض سره ارتباط ولری .لکه که ناروغ دډیر تشی متیازو کولو له کبله مراجعه کړی وی نو معاینه کونکی دناروغ څخه دزخم دځنډ جوړیدو ،متکرر انتانات ،وزن کمیدلو ، روئیت تشوشاتو او دمهبلی خاربښت په اړوند پو ښتني وکړی . که چیری نوموړی اعراض موجود وی دشکری په ناروغی دلالت کوی او د ډیر تشی متیازو کول نور اسباب ردیږی .

دریم پاراګراف (drugs history)

په دی پاراګراف کی دناروغ څخه دمخکینی دواګانو داستعمال په اړوند پوښتنه کیږی لکه دکلوروکین چی

دملاریا لپاره کارول کیږی .
- ددواګانو دحساسیت په اړوند پوښتنه کیږی لکه دپنسیلین له کبله .

Past medical history (PMHx):

په پخوانی تاریخچه لاندی پوښتنی باید دناروغ څخه وشی .

1. د پخوانی ناروغیو په اړوند لکه دمعدی زخم ، روماتیک تبه ،توره ټوخله ، شری ، ممپس او دسږو لومړنی تبرکلوز .
2. Accident
3. Trauma
4. Surgery
5. admissions to hospital
6. operations
7. medical problems
8. Do you see your GP regularly for any reason
9. Ask specifically about 'MJ THREADS PD'

a. myocardial infarction
b. jaundice
c. tuberculosis
d. Hypertension
e. rheumatic fever
f. epilepsy
g. asthma
h. diabetes
i. stroke

j. pulmonary embolus
k. deep vein thrombosis

Drug history(DHx):

1. Drug allergies
2. intolerances
3. 'What happens when you take the drug?'
4. Current medications
5. Includes prescriptions (including the oral contraceptive pill),
6. over- the-counter medicines and herbal
7. drug name
8. dose and route
9. date started
10. Do you actually take all of the regular
11. medications prescribed for you
12. Have you recently changed, started or stopped any medications

Personal history :

1. Occupation of patient

   a. Anthrax due to animal
   b. Asthma due to working in factories
   c. Skin diseases(exposed to radiation ,chemical and irritant material)
   d. Silicosis of lung (working in mining industry)
   e. Farmer lung due to dust
   f. Carcinoma of lung due to industry in rubber and chemical .
2. Hours and regularity of meal
3. Alcohol
4. Smoking(diseases due to smoking)
   a. Bronchogenic carcinoma
   b. Vascular disorder(buerger's diseases)
   c. IHD
   d. Liver diseases
   e. Neuropathies
   f. Pancreatitis
   g. psychoneurosis
5. Sleep(ask about following).
   a. Restfull sleep
   b. Refreshing sleep
   c. Or not
   d. Dream
   e. Nightmares
   f. Intake of hypnotics

   g. Sleep disturbance due to anxiety,psychosis

6. Sexual history(married/ unmarried/sexual transmited diseases,spouse contact,mensturation)
7. Travelling history(AIDS,Leishmania(bangladish, yellow fever in africa)
8.

Family history(FHx)(ask following questions)

1. Are there any illnesses in the family?'
2. Ask specifically about heart attacks,
3. diabetes
4. malignancy.
5. If there is an extensive family history, you might want to draw a family tree.
6. Number of family
7. About female/male
8. About family member health
9. Familial diseases (haemophilia,mental retardation,myopathies, HTN,DM,epilepsy, CVD,RF,TB,jaundice

Social history.(SHx) ask following questions

1. current occupations
2. former occupations
3. his/her behavior with his/her friend,

family, relatives,

4. Living situation and care needs
5. 'What type of house do you live in (e.g.
6. does it have stairs)?'
7. 'Who do you live with?'
8. .Is the patient themselves a carer?washing, dressing, etc.?
9. Do they have a package of care?Mobility:
10. do they require walking /aids/a wheelchair?

Smoking

1. 'Do you smoke?' and (if not) 'Have you ever smoked?'
2. 'How many years did you smoke in total?'
3. is a useful question.
4. Quote smoking history in 'pack-years'
5. (20 cigarettes per day for 1 year = 1 'pack-year').

Alcohol

1. If there is a significant alcohol history,
2. ask if they have ever tried stopping completely,
3. if they have had seizures related to alcohol,
4. or if they have been admitted to the hospital with complications of their alcoholism.

Systems enquiry (SE)

General

1. Fever,
2. unintentional weight loss (how much, over what time period),
3. night sweats,
4. change of appetite,
5. fatigue/ lethargy/malaise.

Cardiovascular system (CVS)

1. Chest pain,
2. palpitations,
3. ankle swelling
4. , orthopnoea,
5. paroxysmal nocturnal dyspnoea.

Respiratory

1. Hoarseness
2. cough
3. chest pain
4. sputum
5. shortness of breath
6. haemoptysis
7. wheeze.

Gastrointestinal

1. Dysphagia,
2. reflux,

3. heart burn
4. nausea,
5. vomiting,
6. change in bowel habit,
7. blood or mucus in stool.
8. Abdominal pain
9. Hematemesis(blood in vomiting)
10. Melana(black coloured stool due to blood in upper GI tract)
11. Jaundice
12. Diarrhea
13. constipation

Genitourinary (GU)

1. Frequency
2. urgency
3. dysuria
4. nocturia
5. haematuria.
6. Pyurea
7. Flank pain
8. Men: hesitancy, terminal dribbling, poor stream, impotence.
9. Women: discharge, itch, timing and character of menses
10. Difficulty in micturition (stoppage, dribbling)
11. Poly urea(in creased in urine amount)

12. Oliguria(decreased urine amount)
13. Passage of stone in urine
14. Irritative voiding symptoms(urgency,frequency, dysuria)
15. Obstructive voiding symptoms(slow stream dribbling, hesitancy)

Neurological

1. 'Fits/faints/funny turns
2. falls
3. numbness
4. tingling
5. weakness
6. unusual headaches
7. visual disturbances.
8. Headache
9. Unconsciousness
10. dizzeness

Musculoskeletal

1. Joint or muscle aches,
2. joint swelling or stiffness

rashes.

لومړی څپرکی

د سينې درد

Chest Pain

د سينې دردونه ښائي چې په حاد يا هم په ځنډنی بڼه رامنځته شی.
ځينې وختونه دردونه دومره شدت بيا مومی، چې د ناروغ واټن تر روغتون پورې رسوی. ژوند ګواښوونکی حالتونه کی يې د Ischemic Heart Disease، pulmonary embolism او Dissection of the aorta څخه يادونه کولای شو.

لاملونه:

1. Ischemic Heart Disease.
   a. Angina
   b. Myocardial infarction.
2. Pericarditis.
3. Esophageal disease.
   a. Reflux esophagitis.
   b. Diffuse esophageal spasm.
4. Pleurisy.
5. Spontaneous pneumothorax.
6. Pulmonary embolism.
7. Musculoskeletal Pain.
8. Dissection of the aorta.
9. Nonspecific chest pain.
10. Percordial catch.
11. Disease of the spine.
12. Herpes zoster.

د سيني د مرکزی برخی د درد لاملونه:

1. Ischemia Heart Disease.
   a. Angina.
   b. Myocardial infarction.
2. Pericarditis.
3. Esophageal Disease.
   a. Reflux esophagitis.
   b. Diffuse esophageal spasm.
4. Pulmonary embolism.
5. Musculoskeletal chest pain.
6. Dissection of the aorta.

1. Ischemia Heart Disease :

په منځني عمر درلودونکی وګړو کی د سيني درد تر ټولو عام لامل Ischemia Heart Disease جوړوی. شوني ده، چی د سینی دردونه د Angina یا infarction له کبله هم منځته راشي.
د زړه اسکیمیک ناروغی ډیرې په تاریخچه ولاړې دي، ښايي کلينيکی کتنې نورمال وي، خو د ECG پرمټ د Angina, infarction او نوري ستونزې په روښانه ډوله په ګوته کولای شو.

Angina pectoris:

د مایوکارډ دویم ځلي راګرځېدونکي اسکیمیا ته وايي. دا ستونزه هغه مهال منځته راځی، چی کرونري شریان د تنګښت له کبله مایوکارد ته پوره وینه ونه رسیږی.
د دی ناروغۍ پر مهال به ناروغ سګریټ څکونکی، Hypertensive او په شکر اخته وی، د 50 کلنۍ عمر يې مناسب عمر دی. د اسکمیک ناروغیو کورنی تاریخچه ډیره اړینه ده.

اعراض:

1. ناروغ به د ستړنوم شاوخوا کي نيوونکی، Griping ، څيري کوونکی درد لري، دا درد ښايي چی کيڼ بازو خواته هم وغځيږی.
2. د درد په شتون به ناروغ ډير خولې شوی وي.
3. له تمرين سره درد ډيريږي او له دمې سره کمښت مومي، خو ياده دې وي، چي د ژبي لاندی Nitrates کولای شي په پنځو دقيقو درد ارام کړی.
4. ځيني وختونه د پرله پسي تمرين سره درد نه وي.
5. درد له 30 دقيقو څخه کم دوام کوی، ښايي چی تر 5-1 دقيقو پوري وغځيږي.

نښې:

1. ځيني وختونه د زړه څلورم اواز هم اوريدلی شو.
2. د وينی فشار لوړوالی، په ګوتو کی د Nicotinic رنګونو شتون نښې هم وليدل شي.
3. Angina د کرونري شريان ناروغيو څخه پرته هم منځته راتلای شي. يعنی ښايي ناروغ د ابهر تنګوالی، د ابهر عدم کفايه Hypertrophic Obstructive Cardiomegaly شته وی.

پلټني:

1. په ECG کې به د ST Segment Depression پرته له دې شته وي، چی د T سرچپه وي، د حملو تر منځ به ECG نورمال وي.
2. ETT (Exercis Tolerance Test) به د ST Segment Depression وښيي.
3. CT (Coronary Angiography) به د تنګ شوي کرونري شريان اصلی

ځای په ښه کړي.

4. Cardiovascular MRI (Magnetic Resonance Imaging) کولای شي چې د کونري شریان د هرې برخې دنده، بندښت په ډیر روښانه ډول وښيي.

:Myocardial Infarction

د مایوکارد مړینې ته وايي، کله چې په کرونري شریان کې ترمبوز منځته راشی د مایوکارد عضله مړه کیږی.

ترمبوزس ښايي په نورو برخو کې هم ماته شوی وی او کرونري شریان ته ځان ورسوي.

اعراض:

1. د MI درد Angina ته ورته ده خو دوام يې تر 30 دقیقو پوري وي.
2. د MI دردونه د دمې پر مهال هم منځته راتلای شي، خو د S/L Nitrates په وسیله درد ارامښت نه کوی.
3. خولې، د زړه ټکان او ساه لنډي يې عامه نښې دي.
4. په ناروغ کې د انفارکشن اختلاطات هم شوني دي.

پلټنې:

1. Leukocytosis به شته وي.
2. ECG به ST Segment Elevation ولري.
3. Cardiac Enzymes (CTnI, C TnT , SGOT, MB, CK) به لوړ وي.
4. Myoglobin به لوړ وي.
5. Echocardiography به د غیر نورمال وضیعت ښودنه وکړي.

6. د Angina او انفارکشن تر منځ توپيري تشخيص په Table-1 کې وګورئ.

(*Variant Angina) Prinzmetal's Angina)* :

په دې ډول Angina کې درد د دمې پرمهال منځته راځي، په ECG کې به ST segment لوړوالی تر سترګو شي، خو دلته د زړه انزایمونه نه پورته کیږي، دا نښه زموږ سره مرسته کوی چې څنګه له Prinzmetal's Angina Infarction سره توپیر شي.

د Variant Angina کرونري شريانو د Spasm له کبله منځته راځي.

:Decubitus Angina

په دې ډول Angina کې د سينې درد د ملاستې پر مهال منځته راځي. له خوب سره ډيرښت مومی، د کرونري شريان د شديد ناروغيو ښودنه کولای شي، په وروستيو کې ښايي د Vasospasm منځته راشي.

Localization of infarction:

Table-1

Wall Affected	Leads Showing Changes
Anterior	V_2 to V_6
Inferior	II, III, aVF
Lateral	I, aVL, V_6

د سينې په درد کې د ECG بدلونونه :

Angina Pectoris:

-ST Depression.

-T Wave Inversion.

Acute Myocardial Infarction:

-ST Elevation (Convexity up Ward).
-T Wave inversion.
-Q Wave.

Pericarditis:

-ST elevation (Convexity up Ward).
- T Wave inversion.
-Low Voltage (Pericardial Effusion).

د زړه د اسکمیک ناروغیو د خطر فکتورونه:

1. Smoking.
2. Hypertension.
3. Hyperlipidemias.

:Unstable Angina

نوي پیل شوې Angina چې له یوې میاشتې کم وخت پرې تیر شوی وي، د Angina دمې پر مهال ډیره منځته راځي.

:Unstable Angina

کرونري شریان نومال وي او د Angina تاریخچه مثبت وي.

:Pericarditis

د پریکارډ التهاب ته وايي.

لاملونه:

1. Tuberculosis.
2. Viral infection.
3. Bacterial Infection.
4. Acute Myocardial Infarction.
5. Post myocardial Infarction Syndrome.

6. Rheumatic Fever.
7. Uremia.
8. Connective Tissue Disorders.
9. Idiopathic.

اعراض:

1. تیز خیري کوونکی درد د ستړنوم شاوخوا پیلیږ، کوم چې به غاړې، اوږې او ملا خواته هم خپور شي، د دواړو متهونو خواته هم لیږدیدلی شي، خو دا حالت یې له M.I سره توپیرول یو څه ګران کار دي.
2. په هوار څملاستو سره ډیریږی، خو مخ پر وړاندې ټیټ څوړند حالت کې کمښت مومې.
3. کله چې پلورا اخته کړي، نو درد نور هم شدیت مومي.

نښې:

1. په قرع کې به Pericardial Rub واوریدل شي، کله چې د سینې له پاسه ستاتسکوپ کیښودل شي، سطحي او Pericardial Effusion ولیدای شي.
2. د Pericardial Effusion نښې به هم تر سترګو شي.

پلټنې:

3. په ECG کې به ST Elevation او T Inversion شته وي.
4. د سینې په ایکسرې کې به د زړه غتوالی او Pericardial Effusion ولیدای شي.
5. Echocardiography کې به د پریکارډ ډبل والی تر سترګو شي.

:Exophageal Disease

د مری ناروغۍ د Reflux Esophagitis يا خپور شوی مری Spasm له کبله منځته راځي.

:Reflux Esophagitis

د سټرنوم شاوخوا کې به په عمودي ډول سره درد احساسيږي.

د سټرنوم د شاوخوا برخو دردونو لاملونه:

1. Cardiac Pain:
2. Ischemic Heart Disease.
3. Pericarditis.
4. Esophageal Pain:
5. Esophagitis.
6. Reflux.
7. Corrosive Intake.
8. Paraesophageal Hiatus Hernia.
9. Diffuse Esophageal Spasm.
10. Tracheitis
11. درد به ژور او سوځيدونکي بڼه لري.
12. د مخ پر وړاندې ټيټيدو سره درد ډيريږي. خو له انتی اسيد سره کمښت مومي.

:Diffuse Exophageal spasm

دلته هم د سټرنوم شاوخوا نيونکی درد شته وي، چې ل M.I سره غلطيدای شي، د خوړو په تيرولو سره درد ډيريږي.

Pleurisy:

د پلورا التهاب ته وايي.

لاملونه:

1. Pneumonia.
2. Tuberculosis.
3. Pulmonary Infarction.
4. Connective Tissue Disorders.

اعراض:

1. درد به سینې په یوې خوا کې شته وي.
2. درد په ژور تنفس او سا اخیستلو سره ډیر ښت مومي.

نښې:

1. Pleural Rub به اوریدل کیږي، د زفیر په وروستۍ برخه کې به Scratchy اواز اوریدل کیدای شي، د تنفس په کولو سره د Crepitation څخه بیلیدای شي.

پلټنې:

1. د ګوګل ایکسری به پتالوژیک افت را په ګوته کړي؛ لکه Pleural Effusion او Consolidation.
2. U/S کې به د پلورا ډبلوالی، د پلورا مایع او consolidation شته وي.

:Spontaneous Pneumothorax

خپلسری نموتورکس به د سینې شدید درد او سالنډی سره ملګری وي.

:Pulmonary Embolism

په ډیره کچه د سږو امبولی به د شدید ستېرنوم شاوخوا درد سره میګری وي، دا ستونزه به ښاېې چې د ښي بطین اسکیمیا له کبله منځته راغلی وي.

:*Musculoskeletal Chest Pain*

د Musculoskeletal سیني دردونه د یو شمیر حالتونو؛ لکه Costochondritis له کبله وي.

اعراض:

1. درد د ستېرنوم هډوکي په یو اړخ کې وي.
2. د سینې خوځښت، سا اخیستلو او ټوخي سره درد ډیریږي.
3. درد به د څو ثانیو تر څو ساعتونو وغځیږي.
4. له تمرین سره تړاو نه لري.
5. ناروغ به د دوایروسي انتاناتو عمومي اعراض لري.

نښې:

1. د ستېرنوم هډوکي په یو اړخ کې به څرګند حساسووی یعنې په Chostochondral برخو کې شتون لري.

پلټنې:

نورمال وي.

:*Dissection of the Aorta*

وینه د ابهر په دیوالونو کې دننه کیږي او د ابهر لومن خرابوي، لنډه دا چې د ابهر خیرې کیدلو له کبله نورې ستونزې منځته راځي.

اعراض:

1. په ناروغ کې ناڅاپي شدید او څیرې کوونکي دردونه منځته راځی، دا درد د وروستنۍ دوارو Intersoapular برخو ته ولیږدیږي.
2. Carotid او Radial Pluses به نه وي.
3. په دوارو اوږو کې به د وینې فشار توپیر مومي.
4. په ناروغ کې نیورولوژیک افتونه منځته راتلی شي.
5. په ناروغ کي د ابهر Regurgitation شته وي.

پلټنې:

1. د M.I لپاره باید ECG تر سره شي، همدا راز به د کین بطین هایپرترفي د فشار لوړوالي سره یو ځای وي.
2. د سینې ایکسری به پراخ حجاب حاجز وښيي.
3. Transesophageal ایکو کارډیو ګرافي به د ابهر څیری کیدنه وښيي.
4. MRI/CT او انجیو ګرافي به وروستۍ تشخیص غوره کړي.

:Non Specific Chest Pain

ځینې وختونه دردونه د نامعلومو لاملونو له کبله منځته راځي، ناروغان نه پوهیږي چې درد د زړه ده او کنه؟

اعراض:

1. ناروغ منځنی عمر لري، خو د اسکمیک ناروغیو کورنۍ تاریخچه به لري.
2. درد به څیرې کوونکی وي، خو یوازې څو دقیقې دوام کوي.
3. درد به تمرین پورې اړه نه لري.
4. په یخ او بادي هوا پورې درد اړیکه نه لري.

5. د ژبې لاندې نايتريت درد وروسته له 30-20 دقيقو څخه ارام کړي.

نښې:

1. ځانګړې نښې د ازموينو پر مټ پيدا کوو.

پلټنې:

1. ECGبه نورمال وي.
2. ETT ته د اسکميک ناروغيو د شتون پرمهال اړتيا مونډل کيږي.

:Precordial Catch

د سينې درد عام ډول دی، چې ناروغ د زړه د ناروغيو د شک له کبله روغتون ته راځي، سبب يې نامعلوم دی.

اعراض:

1. درد به تيز (Sharp)، شديد او کينې ثديه خواکې وي.
2. د درد دوام له څو ثانيو تر څو دقيقو وي.
3. درد په تمرين او تنفسي خوځشتونو پورې اړه نه لري.
4.

نښې:

1. ازمويني به نورمال وي.

پلټنې:

1. تشخيص په ټولنيزه توګه د کلينيکی نښو په وسيله کوو.

:Disease of the spine

لاملونه:

1. Tuberculosis of spine.
2. Metastases.
3. Trauma.
4. Extradural Tumors of Spinal Cord.

اعراض:

1. درد د یو عصب په مسیر له شا څخه د سینې مخې خواته لیږدیږي.

نښې:

1. د Spine حساسیت او بد شکلي به شتون لري.

پلټنې:

1. په ایکسری کې به د فقراتو غیر نورمال حالت ولیدای شي.

:Herpes Zoster

د وایرس په وسیله د Dorsal Root Ganglion منتن کیدو ته وایي.
Chicken Pox ته ورته وایروس دی، چې ماشومان اخته کوي.

اعراض:

1. بی حسه کیدل، خاربنت، سوځیدل، یا درد به د عصب په سیر وجود ولري.
2. یو یوې اونۍ وروسته به Rash ډوله بڼه سر راپورته کړي.

نښې:

1. په سیروم کې به د Varicella Zoster پروړاندې انتي باډي شتون ولري.

:Complication of Myocardial Infarction

په دوه برخو ویشل شوي دي.

1. Early Complications
2. Late Complications.

Early Complications.

1. Arrhythmias.
   a. Sinus Bradycardia.
   b. Atrial Tachycardia.
   c. Atrial Fibralation.
   d. Ventricular Tachycardia.
   e. Ventricular Defects.
2. Conductive Defects.
   a. Third Degree Heart Block, Second, First.
3. Pulmonary Edema.
4. Cardiac Shock.
5. Pericarditis.
6. Thrombo Embolism

Late Complications.

1. Heart failure.
2. Recurrent arrhythmia.
3. Ventricular aneurysm.
4. Post Myocardial Infarction Syndrome.

د زړه اسکیمیک ناروغیو لپاره پلټنې:

:Myocardial Infraction

د ويني ازمويني:

1. ESR به لوړوي.
2. Leukocytosis به شته وي.

ECG موندني:

1. ST Segment Elevation.
2. T Wave are Inverted.
3. There are Q Waves.

Cardiac Enzymes:

CK (Creatinine Kinase): د مايوکارډ عضلي د تخريباتو به ښودلو کې رغنده رول لري. په لوړيو 6 ساعتونو کې پورته کيږي او تر 72 ساعتونو وروسته نورمال حالت ته راځي.

AST (Aspartate Amino Transferase) : په 12 ساعتو کې وروستی بريد ته لوړوالی رسوي او په دويمه ورځ نورمال حالت ته راځي.
په ځيگر کې هم شته.

LHD (Lactate Dehydrogenase) : په لومړيو 12 ساعتو کې پيليږي او تر 3-2 ورځو خپل وروستي بريد ته ځان رسوي.

:Chest X-ray

د زړه کچه نورمال وي، خو که زړه غټ شوی وي، د پخواني انفارکشن Pericardial Effusion ، اوږد مهاله ويني لوړ فشار ثخخه ښودنه وکړي.

***

دويم څپرکی

حاده ساه لنډي

Acute Dyspnea

هغه تنفسي ستونزې چې په حاد ډول د ورځې په اوږدو کې له څو ساعتو تر څو ورځو دوام وکړي. د زړه او رګونو، تنفسی سیستم ناروغۍ د حادې ساه لنډۍ اصلي لاملونه بلل شوی دی.

په حاد ساه لنډي کې دواړه سیستمونه باید ښه تر کتنې لاندې ونیول شي.

لاملونه:

1. Acute Attack of Bronchial Asthma.
2. Acute Pulmonary Edema Due to:
   a. Cardiac Disease (Mitral Stenosis, Acute Left Ventricular Failure).
   b. Non cardiac Disease (Acute Respiratory Distress Syndrome).
3. Pneumonia.
4. Pulmonary Embolism.
5. Spontaneous Pneumothorax.
6. Massive Pleural Effusion.
7. Airway Obstruction.
8. Metabolic Acidosis.
9. Psychogenic.

1. Acute Attack of Bronchial Asthma:

د مختلفو تنبهاتو پر وړاندې د Bronchial Tree فرط حساسیت چې د ځنډنیو التهابي ناروغیو له کبله منځته راشي، د سږو استما ورته وایي.

پتوفزيلوژي يې د هوايي لارو د ښوی عضلاتو Spasm ، د مخاطي غشا پړسوب په ډبل والی او سريخناکو افرازاتو پر شتون باندې څرخيږي.
په کلنيک کې به ناروغ پر له پسې Dyspnea ، ټوخی او Wheezing لري.

اعراض:

1. په ناروغ کې ناڅاپي د ساه لنډۍ حملې منځته راځي، خو ساه لنډي په تمرين پوری اړه نه لري.
2. د Wheezing شتون لری.
3. له حملي سره سم ټوخی، لومړی وچ وي، خو وروسته د سريخناکو او نه وتونکو بلغمو سره ملګری کيږي.
4. له درملنې سره ورو ورو کمښت مومي.
5. که شديدو حملو له ورځو تر اوونيو دوام وکړ، (Acute attack of Bronchial Asthma Acute Severe) ورته وايي.
6. Nocturnal Awakening د ساه لنډۍ ، ټوخي او Wheezing سره يو ځای وي، چې د شپې له مخې يې پيښې ډيرې وي.
7. نورو الرژيکو افتونو تاريخچه؛ لکه: Urticarial Eczema, Rhinitis به شتون لري.
8. ناروغي، کورنۍ تاريخچه هم له ياده ونه ايستل شي.

نښې:

1. نبض او تنفس ربړ چټک وی.
2. Pulses Paradoxes به شته وي
3. Central Cyanosis به شته وي.
4. له تنفس سره د نورو مرستندويه عضلاتو برخه اخيستل.

5. د تنفس اواز به Vesicular وي، شهیق به اوږد وي، همدا شان Expiratory-Ronchia به هم اوریدل کیږي.
6. که حمله ډیره شدیده وي، تنفسي اوازونه نه اوریدل کیږي.
7. (Forced Expiratory Time) EET به اوږد وي، پۀ نورمال حالت کې له ۱۰ ثانیو هم کم وي.

پلټنې:

1. د ویني معاینات به Eosinophilia ونښي.
2. د سینې ایکسری نورمال یا به Hyperinflation وي.
3. په بلغم کې به Eosinophilia شته وي، یعنی -Charcot Crystals Leyden بڼه ولري.
4. (Peak Expiratory Flow Rate) PEFR به ټیټ وي، نورمال کچه یې تر 400-600lit/min ټاکل شوی دي.

د ***Bronchial Asthma*** *د شدیدو حملو کلینکي بڼه:*

1. Heart > 110 L/min.
2. Pulses Paradoxes.
3. Respiratory rate > 28 L/min
4. Active Accessory Muscle of Expiration.
5. Patient is Unable to Speek in sentences.
6. Silent Chest.
7. Central Cyanosis.
8. PEFR < 150 L/min.
9. Low paO_2 & Normal or High pa Co_2.

1. *Acute Pulmonary Edema:*

د کینې زړه حاده کفایه د حاد سږو پړسوب اصلی لامل جوړوي، د سږو

وريدي فشار لوړيږي، معايعات ډيريږي او نه شي کولی چې لمفاوي ډريناژ تر سره کړي.
که د سږو حاد پړسوب له زړه څخه سرچينه واخلي، ځينې وختونه دې ډول ته (Cardiac Asthma) هم وايي.

اعراض:

1. ناروغ به شديده ساه لنډي او د زړه ټکان لري.
2. ساه لنډي په ملاستې حالت کې ډيريږي، چې دې ډول ته Orthopnea وايي.
3. له بد بويه سريخناکه بلغمو شتون سره يو ځای ټوخی وی.
4. ناروغ به د ساه لنډی تاريخچه هم لري.

نبښې:

1. Tachycardia.
2. Pulsus Alternans به شته وي، نبض به قوي او د يو کمزوري بل نبض په تعقيب منځته راځي.
3. Central Cyanosis به شته وي.
4. د زړه دريم او څلورم اوازونه به اوريدل کيږي، يعنی Gallop Rhythm يا Triple Rhythm به شته وي.
5. Crepitation ښايي واوريدل شي.
6. ښايي چې د لاندې ناروغيو نښې هم وليدا ای شي،

Congenital Heart , Valvular Heart Disease , Hypertension Disease.

پلټنې:

د سينې په ايکسری کې لاندې ګډوډۍ په ګوته شي.

1. Cardiomegaly د کيڼ بطين د عدم کفايې له کبله.
2. Mitral Valve په ناروغيو کې د زړه کيڼ سرحد نيغ وي.
3. سږو په پورتنۍ برخه کې د غبنتلې وريدونو نښې.
4. Acute Pulmonary Edema.
5. Kerley's B Lines (لمفاوي غوټې غتې ښکاري.
6. Bat Wing Appearance (غبنتلي وريدونه) Prominent Vascular Marking.
7. ECG به کيڼ اذينې هايپرتروفي ، کيڼ بطين هايپروفروفي راوښې.

Diffrentail Diagnosis of Bronchial Asthma & Acute Pulmonary Edema of Cardiac Origin.

د حادې ساه لنډۍ دوه اړين لاملونه د برانکيل استما شديد حملې او د سږو حاد پړسوب جوړوي.

ددې دواړو لاملونو تر منځ توپير کول د درملنې په موخه ډيـر اړيـن دی، خو ځينې وختونه يو څه ستونزمن کيږي.

Acute Pulmonary Edema(Cardic asthma) او Bronchial Asthma تفريقی تشخيص

Cardic asthma	Bronchial Asthma	history
متوسط عمر څخه وروسته او ځوانانو کی هم وی په تيره دزړه ولادی ناروغی او روماتيک ناروغی	زياتره ماشومانو کی پيل کوی او ځوانانو کی هم وی	عمر
بارز نه وی	بارز وی	ټوخی
نری،ځګ لری او وينه لری	لږ ،چسپناکه او پلن وی	بلغم
غيرمعمول وی	معمولا بارز وی	ويزينګ
ناروغ دملاستی وضيعت خوښوی خو نفس تنګی ورسره زياتيږی	ناروغ کښينی او دلاسونو په تکيه سره قدام خواته خم شوی وی او	دناروغ وضيعت

	اضافي تنفسی عضلاتو کارزیات وی	
پخوانی تاریخچه	دعین حملی مخکینی تاریخچه لری او دپوستکی او پوزی دالرژۍ تاریخچه لری	دجهدی نفس تنگی ،د PND,chest pain,IHD,HTN تاریخچه لری
کورنی تاریخچه	دالرژی او داستما تاریخچه مثبت وی	د IHD,HTN تاریخچه مثبت وی
examination		
Pulse	Tachycardia in sever state Pulsus paradoxus	Tachycardia and pulsus alternance
Respiratory system	Expiratory rhonchi and silent chest in grave state	
CVS	Normal	Gallops rhythm and underlying diseases
Investigation		
Blood examination	Eosinophilia , leukocytosis	Normal
CHX	Normal , bronchovascular marking , hyper inflation	Cardiomegaly, kerly's B line, Bat wing sign
ECG	RVH,RAD	LAH,LVH ,IHD,LAD
ECHO	Normal, RV enlargement	LV enlargement , LV dysfunction , underlying heart diseases
PCWP	Normal	High

Acute Respiratory Distress Syndrome:

د سږو دا ډول پړسوب د زړه له لاملونو څخه نه وي، خو د شریانونو نفوذیه قابلیت او Alveoli ته د مایع له Leakage څخه منځته راتلای شي.

لاملونه:

1. Severe Sepsis.
2. Major Trauma.
3. Aspiration of Gastric Contents.
4. Acute Pacreatitis.

اعراض:

په ناروغ کې ښکاره ډول سره د افت شتون او د ساه لنډۍ شدت ډېرېږي.

نښې:

1. ناروغ به Cyanosed وي.
2. تنفسي ریټ به ګړندی وي.
3. سینه کې به Crepitation شته وي.
4. زړه به نورمال وي.

پلټنې:

په ګوګل ایکسرې کې به دوه اړخیز خپور شوی Patchy Opacities تر سترګو شي.

د سږو Wedge فشار به لوړ وي.

:Pneumonias

د سینه بغل ښودونکي نښه ښایي نمونیا جوړه کړي.

:Pulmonary Embolism

د ژورو ورېدونو ترمبوزس د Embolism اصلي سرچینه جوړوي، په هغه ناروغانو کې ډېر منځته راځي، چې په بستر محکوم وي.

نور مساعد کوونکي فکتورونه یې د حوصلې عملیاتونه، د لګن خاصرې انتانات، اوږد مهاله سفرونه، د حمل ضد درملونه او Pregnancy بللی شو.

اعراض:

1. ناروغي به د شدیدې ساه لنډۍ سره پیل شي، ښایي پرله پسې هم شي.
2. د سټرنوم شاوخوا نارامي، درد به د ښي بطین د اسکیمیا او د کرونري

شريانو د وينې د حرکت د کمښت له کبله منځته راتلاي شي، او له M.I سره تو پير کيداى شي.

نبني:

1. ناروغ به په ويره کې وي.
2. ناروغ به Tachycardia, Tachypnea او Hypotension ولرى.
3. JVPبه د (a) څپې پ لوړوالي سره ولیدای شي.
4. د ښي بطين Heave به جس شي، Gallop Rhythm اوريدل کيداى شي.
5. د ژورو وريدونو ترمبوزس به شته وي.

پلټنې:

1. د سينې ايکسرى به نورمال وي.
2. په ECG کې به Right Bundle Branch, Right Axix Divation Block او د سږو امبوليزم تغيرات تر سترګو شي، يعني (S_1 , Q_3 , T_3 يا S1,2,3په تغير وي).
3. وينې ازموينې به ټيټ PO_2 او PCo_2 وښي.
4. د Plasma D-Dimer کچه به لوړه وي.
5. Echocardiography ډيره اړينه ده.
6. MRI , CT , Pulmonary Angiography به د يند شوط برخي اصلى ځاى په ګوته کړي.

:Pneumothorax

د پلورا پـه تشـه کـې د هـوا شـتون تـه وايـې، لاملونـه يـې مختلـف دي، چـې لاندې به ترې يادونه وشي.

1. دنامعلوم علت له کبله پيدا کيږي
2. کيداي شي چي د apical sub-pleural bleb د خيـري کيـدو لـه امله وي.
3. د ويمي نمو توراکس د COPD، استما ، کيستيک فبروزس د حيض په وخت کي catamenal نموتو راکس په نوم يا ديږي.
4. کا ويتې افت.
5. د سږو کيست.
6. نوماتوسيل.

اعراض:

1. ناڅـاپي درد سـره بـه نـاروغ د پـه سـينه کـې د نيـوونکي درد ، سـاه لنډی ځخه يادونه وکړي.
2. د سيني پلوراي د رد د فعتا پيل کوي.
3. ساه لنډي.
4. تکيپنيا.
5. تکي کارد يا.
6. د سيني تناظر خراب وي (ماوف طرف بلج وي).
7. ما وفه طرف کي تنفسي اوازونه ښکته وي .

نښې:

1. ټراخیا مقابل ته بیځایه کیږي.
2. Percussion Note به Hyperresonant وي.
3. سنې خوځښت، Vocal Fremitus، د سینې اوازونه به په افت اخته شوي اړخ کې ټیټ وي، د تنفس اواز به Amphoric وي.
4. Coin test به مثبت وي.

د Pneumothorax ډولونه:

1. Spontaneous Pneumothorax: چې پرته له ضربې پ سینه کې نموتورکس جوړ شي.
2. Primary Spontaneous Pneumothorax: په ځوانو وګړو کې د Pleura له څیرې کیدو څخه منځته راځي.
3. Secondary Spontaneous Pneumothorax: د سږو د ناروغیو له کبله منځته راځي.
4. Traumatic Pneumothorax: د Pleural Aspiration , Line CVP د اختلاط له کبله منځته راځي.
5. Tension Pneumothorax: د پلورا په تشه فشار راتلو ته وایي.

په بیړني ډول درملنې ته اړتیا لري، په دویمې بین الضلعي مسافه کې یو غټ Needle سینې ته داخل او د تشخیص لپاره هوا ایستل کیږي.

پلټنې:

1. د سینې د ایکسرې پ ّوسیله تشخیص اینبودل کیږی.
2. د سینی په ایکسری کی د سږو له نښو پرته به Hypertranslucency شته وي.

:*Massive Pleural Effusion*

له حادې ساه لنډۍ سره یو ځای به په ډیره کچه پلورا کې مایع راټوله شوې وي.

:*Airway Obstruction*

1. د غټو هوايي لارو د بندښت اصلي لامل د Laryngeal پړسوب او Foreign Body جوړوي.
2. ساه لنډي، Stridor او Cyanosis به هم تر سترګو شي.
3. بیړنۍ Tracheostomy ته اړتیا موندل کیږي.

:*Metabolic Acidosis*

د کاربن ډای اکساید د منځه وړلو لپاره به ناروغ ژور او چټک تنفس کوي.

لاملونه:

1. Renal Failure.
2. Diabetic Ketoacidosis.
3. Lactacidosis.
4. Salicylate Poising.

:*Psychogenic Dyspnea*

1. ناروغ به ویره او Hyperventilates وي، د ionized کلسیم د کمښت له کبله به ناروغ کې تنفسي Alkalosis او تیتاني منځته راتلای شي.
2. د خوب پر مهال به ساه اخیستل نورمال وي.
3. کتنې به نورمال وي.

***

دربیم څپرکی

څنډنۍ ساه لنډي

Chronic Dyspnea

په څنډنۍ استما کې ناروغان په اوږد مهاله ډول سره له میاشتو تر کلونو پورې ساه لنډۍ لري.
په ځینو وختونو کې څنډنۍ Bronchial Asthma د ناروغۍ په شدت کې ونډه اخلي.

لاملونه:

1. Heart failure.
2. Chronic Bronchitis, Emphysema.
3. Chronic Bronchial Asthma.
4. Intersitial Lung Disease.
5. Severe Anemia.
6. Obesity.
7. Psychogenic.

1. *Heart Failure:*

د نورمال دندې د خرابوالي له کبله زړه نه شي کولای، چې ټول بدن ته له اړتیا سره سم وینه ولیږدوي، ددې افت په منځته راوړلو کې د کیڼ او ښي زړه عدم کفایه ډیر رول لري.
د وخت په تیریدو سره دوه اړخیز بطیني عدم کفایه پرمختګ کوي.
د زړه احتقاني عدم کفایه بله ستونزه ده، چې د زړه عدم کفایې ته لار هواروي.

د کین زړه عدم کفایه:

لاملونه:

1. Hypertension.
2. Ischemic Heart Disease.
3. Mitral Stenosis (There is failure of left atrium only, Left Ventricle is normal).
4. Mitral Regurgitation.
5. Aortic Stenosis.
6. Aortic Regurgitation.
7. Ventricular Septal Defect.
8. Cardiomyopathy.

اعراض:

1. ناروغ له تمرین سره یوځای ساه لنډي لري.
2. د کینې زړه په خفیفه عدم کفایه کې کمه اندازه ساه لنډي وي، یعنی یوازې د منډئی وهلو او په زینه پورته کیدلو کې.
3. په شدید کینې بطین عدم کفایه ناروغ د عادي قدم وهلو سره هم ساه لنډي لري.
4. ساه لنډي له هموار څملاستو سره ډیریږي، چې Orthopnea ورته وایي، لامل یې دا دی چې په ښکتني اطرافو ، کیده کې راټوله شوې مایه د سینې خواته راپورته کیږي او ساه لنډي منځته راوړي.
5. ځینې وختونه د شپې ناوخته ناروغ له خوب را پاڅي او د شدیدې ساه لنډی څخه رنځ ګالي، کله چې له خوب راویښ شي، په وینو ککړ شوی بلغم به په ټوخي کې تر سترګو شي، له خوبه ویښېدل او یادې ستونزې ته Paroxysmal Nocturnal Dyspnea وایي.
6. د زړه د عدم کفایې نور کلینیکي اعراض ستړیا ، کمزوري، بې

اشتهایي، د وزن بایلل او Nocturia بللی شو.

د کینِ زړه عدم کفایه:

اعراض:

1. Exertional Dyspnea.
2. Paraxysmal Nocturnal Dyspnea.
3. Orthopnea.

نبنې:

1. Tachycardia.
2. Pulsus Alternans.
3. Gallop Rhythm.
4. Basal Crepitation.

پلټنې:

د سینې ایکسرې:

1. Cardiomegaly.
2. Other Features of Acute Pulmonary Edema.

ECG:

1. Heart Disease Left Atrial, left Ventricular Hypertrophy Ischemic.

Echocardiography:

1. Abnarmalities of Function and Structure of the Heart.
2. Catheterization.

3. Pulmonary Capillary Wedge Presssure is Raised.

نښې:

1. په خفیف حالت کې کومه نښه نه شو لیدلی، تشخیص د ساه لنډۍ په تاریخچه او د زړه ناروغیو ټاکلی شو.
2. ناروغ به Tachycardia لري.
3. Pulsus Alternanse.
4. Apex Beat به ښکته خوا ته بیځایه شوی وي.
5. Gallop Rhythm (دریم او ځلورم د زړه اواز) به واوریدل شي.
6. د شهیق په وروستۍ برخه کې به Crepitation واوریدل شي.
7. د Pleural Effusion نښې هم ښايي شته وي.
8. د Valvular Heart Disease, Hypertension او Congenital Heart Disease نښې به تر سترګو شي.

پلټنې:

1. د سینې ایکسرې به ټولې یا یو څو غیر نورمال حالتونه او نښې چې په Pulmonary Edema کې ترې یادونه وشوه ولري.
2. په ECG کې به کیڼ بطین غټوالي، Ischemic Heart Disease خپلې نښې راوښيي.
3. Echocardiography به پراخ زړه او (Ejection Fraction) سره وښيي.

د ښي زړه عدم کفایه:

لاملونه:

1. Secondary to Left heart Failure.
2. Ischemic heart Disease.
3. Cor-pulmonale.

4. Cardiomyopathy.
5. Pulmonary Stenosis.
6. Atrial septal Defect.
7. Tricuspid Stenosis/ Regurgitation.

د نورمال کيڼ زړه سره د ښي زړه عدم کفايې لاملونه:

1. Cor-Pulmonale.
2. Right Ventricular Infarction.
3. Pulmonary Stenosis.
4. Atrial Septal Defect.
5. Tricuspid Stenosis/ Regurgitation.

اعراض:

1. ناروغ به د تمرين پر مهال ساه لنډي او د پښو پړسوب لري.
2. زړه بدوالی به عام وي.
3. د ګيډې د ښي پورتنۍ برخې درد ، چې ښايي د Hepatomegaly له وجې وي.

نښې:

1. JVP به لوړ وي، د غاړې ورید به نبضاني وي.
2. ځيګر به غټ او حساس وي.
3. د Sacrum او ښنګري په ساحه کې به Pitting Edema شته وي.
4. حبن او Pleural Effusion به پر مختللو ناروغيو کې عام وي.

پلټنې:

1. د سينې په ايکسرې کې به پراخ ښي دهليز تر سترګو شي.

د ښي زړه عدم کفایه:

د زړه عدم کفایه ته مساعد کوونکي فکتورونه:

1. Anemia.
2. Infection.
3. Excess Salt & Fluid Intake.
4. Thyrotoxix cosis.
5. Pregnancy.
6. Infective Endocarditis.
7. Arrythmias.
8. Physical Overexertion.
9. ECG به د ښي بطين عدم کفایه، د ښي دهليز غټوالی او Right Bundle Branch را به ګوته کړي.
10. Echocardiography به پراخ زړه وښيي.
11. په Catheterization کې به CVP (Central Venous Pressure) لوړ وي.

Pulmonary Emphysema/ Chronic Bronchitis:

Chronic Obstructive Pulmonary/ (COPD of COAD) Airway Disease د دې دواړو حالتونو لپاره کارول کيږي.

د دې ناروغيو ښودنه د هوا په محدوديت پورې تړلې ده، د سګريټ څکول يې تر ټولو عام لامل بلل شوی، خو نور لاملونه يې هم شته لکه د هوا ککړتيا، د محيط ناپاکوالی او نور.

د ځنډني Bronchitis ناروغان د وخت په تيريدو سره په Emphysema اخته کيږي، چې دا په خپله د هوايي لارو د بندښت ښودنه کوي.

د Pulmonary Emphysema/ Chronic Bronchitis تفریقی تشخیص

feature	Emphysema	Chronic bronchitis
Exertional dyspnea	It is sever and main symptoms	Mild
cough	After dyspnea	Befor dyspnea
sputum	Scanty,mucoid	Copious ,mucoid,mucopurulent,
infection	Less frequent	Very frequent
Respiratory failure	In terminal event	Repeatedly ,frequently
cyanosis	In terminal event	Frequently,commonly
Pul HTN	In late event,mildly	In early,commonly
Cor pulmonal	Rarely, pinkpuffer,polycythemia,breathlessness	Common, cyanosis,blue bloater
CXR	Hyperinflation , hyperluscence,wide intercostal space, small heart,bullous seen	Bronchovascular marking is seen, cardiomegaly,
Gas transfer factor	Reduced	Normal or mildly reduced

:Chronic Bronchitis

هغه ناروغان چې د دوه کالو پورې هر کال درې میاشتې بلغم لرونکی توخی ولري، په Chronic Bronchitis اخته شوي، پدی شرط چې نور لاملونه لکه نری رنځ او Bronchiectasis نه وی.

دا ناروغان به هوایي لارو په تنګوالي برسېره مخاطي پرسوب او د مخاط ډېر افراز سره مخ وي.

اعراض:

1. د بلغم لرونکي توخي پرله پسې حملې به شته وي، په وروستیو کې ټول کال توخی شته.

2. بلغم به مخاطي، قيحي مخاطي او ځيني وختونه په وينو ككړوي.
3. ساه لنډي له Wheezing سره ډيره عام وي.
4. خپلسری ټوخی (يعني د شپي له خوا خپلسري ټوخی)، د بلغم بـه وتلو سره ښه کيږي.

نښې:

1. د تنفس اواز به نورمال وي، يعني اوږد زفير به موجود وي.
2. د Emphysema فزيکي نښې به شته وي.
3. په شديدو حالتونو کې ناروغ Cyanosed کيږي.

پلټنې:

1. د ګوګل ايکسری به نورمال وي، Broncho vascular نښې به غښتلې وي.
2. د سږو د نديز ټستونه به تنګښت را په ګوته کړي.
3. پـه لومړيو وختونو کې د Gas تبد يدل نورمـال وي، پـه وروسـتيو کې PO_2 ټيټ وي، خو PCo_2 لوړ وي.
4. دويمي Polycythemia به شته وي.

:Pulmonary Emphyema

د سږو په Emphysema کي به غير نورمال پراخوالی د انسـاجو پـه منځ کي شته وي.

اعراض:

1. ناروغ به له تمرين سره يو ځای ساه لنډي لري.

نښې:

لاندې نښې په Emphysema کې پرمختګ کوي.

1. Purse Lip Breathing
2. د سینې د مرستندویه عضلاتو کارونه زیات وی.
3. د تراخیا کچه کمیږي.
4. Indrawing of Intercostal Space
5. د سینې مخکینۍ او وروستنې قطر ډیریږي.
6. د سینې خوځښتونه او د سینې توسع، کمښت مومي.
7. Percussion Note به نورمال وي، د زړه او ځيګر Dullnes کميږي.
8. زفیر اوږدیږي او په وروستیو کې Cyanosis منځته راځي.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری د Emphysema نښې ښودلی شي.
2. دویمي Polycythemia عامه وي.
3. د سږو دندیزې ازموینې بندښت راښودلی شي.
4. د Gas Transfer Factor به کمښت کوی.
5. د وینې ګازات نورمال وي.

د Emphysema فزیکي نښې:

ساه لنډی دامفیزیما لومړنی اعرض دی چی ورووړو زیاتیږی، لومړی دتمرین سره وی وروسته داستراحت په وخت هم وی. ټوخی نه وی او یا وروسته په لږه اندازه وی.

pink puffer د امفیزیما شدید ډول دي چي لاندي اوصاف لري

1. expiratory pursed-lip breathing په ترلي شونډو زفیر کول

2. دښه ساه اخیستلو لپاره نا روغ کیښیني قدام خواته ټوخ شوي وي او په دواړو لاسو نو تکیه کوي
3. شدید ساه لنډي وي
4. بلغم لږ او یا نه وي
5. د استراحت په حالت کي لږ ها یپو کسیمیا وي
6. سږي خاموشه وي اضافي اوازونه نه اوریدل کیږي
7. وزن کم وي
8. د پښو پړسوپ نه وي
9. مخلوط ډول بلو بلا تر او پنک پفر سره یو ځاي وي
10. RV, FRC, TLC نارمل یا لږ زیا ت وي

د Emphysema راډیولوژیک نښې:

د سږو اکسری (سږی hyperluscence او hyperinflation وي او بولا ښای موجود ، vascular marking کم شوی وی او TLC (total lungs capacity) زیات وی. زړه کوچنی ښکاری. که چیري د residual valium (RV) او total lung capacity(TLC) نسبت زیات وي (RV/ TLC ratio) دهوا په بند ید و (امفیزیما) باندي دلالت کوي.

د COPD اختلاطات:

1. Pulmonary Bullae.
2. Spontaneous Pneumothorax.
3. Respiratory Failure.
4. Cor-Pulmonale.
5. Secondary Polycythemia.
6.

:Chronic Bronchial Asthma

حملوي او ځنډني بڼې سره برانکيل استما منځته راتلای شي، حملوي ډول سره بندښت ښه والی مومي او ناروغ اصلي حالت ته ګرځي، په ځنډني حالت کی هوايي لارې تنګيږي او د ژوند تر وروستې برخې پورې انسان نه ښه کيږي.

ډير وخت ناروغانو کې بلغم لرونکی ټوخی هم موجود وي، تو پيري تشخيص د Chronic Bronchial asthma او Chronic Asthamic Bronchial د تاريخچې له مخې کوو.

په Chronic Asthmaric Bronchial کې د بلغم لرونکي ټوخی اوږده تاريخچه، چې په وروستيو Wheezing ورسره ملګری وي منځته راځي، خو په Chronic Bronchial Asthma کې د Wheezing اوږدې تاريخچې سره چې په وروستيو کې بلغم لرونکی ټوخی منځته راځي، ښه تو پير کولای شو.

:Interstitial Lung Disease

يو شمير بيل بيلې ناروغې دي، چې په خپور ډول د سږو پرانکميل اخته کوي.

اعراض:

1. Extertional Dyspnea شتون.
2. د دوه اړخيز شهيقي Crepitation شتون، چې له ټوخي سره اړيکه نه لري.

لاملونه:

1. Environmental lung diseases or pneumoconiosis
2. Interstitial pneumonia
3. Drugs(antibiotics,amiodarone)
4. Radiation
5. Connective tissue diseases
6. sarcoidosis

پلټنې:

1. د مچیو د ځالو په خیر سوري لرونکي جوړښتونه به په ایکسری کې ولیدای شي.
2. CT سکن د تشخیص په ټاکلو کې مرسته کوي.
3. FEV_1 او FVC به اوړد وي.

Anemia:

1. د هیموګلوبین غلظت په وینه کې د اکسیجن لیږد کثافت رابنودلی شي.

Obesity: په چاقو وګړو کې د ساه لنډی پیښې ډیرې وي.

:Psychogenic Dyspnea

ځینې ناروغان پرته له دې چې نورې ناروغۍ ولري، له ساه لنډې څخه یادونه کوي، دلته ښه ده، چې بشپړه او سمه تاریخچه واخیستل شی.

د ښي زړه عدم کفایه توپیري تشخیص:

1. Pericardial Effusion.
2. Constrictive Pericarditis.

1. *Pericardial Effusion:*

لاملونه:

1. Tuberculosis.
2. Pyogenic Infection.
3. Viral Infection.
4. Malignancy.
5. Uremia.
6. Connective Tissue Disorders.
7. Myxedema.
8. Idiopathic.

اعراض:

1. د پریکارډ د التهاب له کبله به د سیني درد موجود وي.
2. ساه لنډي به عام عرض نه وي، ناروغ به Orthopnea ولری.

نښې:

1. نبض به د کم حجم درلودونکی وي.
2. Pulsus Paradouxus به شته وي.
3. د غاړې ورید به غښتلی وي.
4. ځیګر به غټ او حساس وي.
5. د پښو پړسوب به تر سترګو شي.
6. Abex Beat به نه جس کیږي.

پلټنې:

1. په سیني ایکسرې کې به د زړه د سیوري نښې به ډیرې غښتلي ښکاري.
2. ایکو کاردیګرافی به د مایع شتون را په ګوته کړي.

3. د مایع را ایستل او د هغې کتنه.

2. *Constrictive Pericarditis:*

لاملونه:

1. Tuberculosis.
2. Pyogenic Pericarditis.
3. Viral Pericarditis.
4. Rheumatoid Arthritis.
5. Hemopericardium.
6. Idiopathic.

اعراض:

1. ناروغ د ګیډې پړسوب، پښو پړسوب، کمزوری، ستړیا ښخه یادونه کوي.
2. تاریخچه کې به د Pericarditis له کبله د Precordial Pain شتون ولري.

نښې:

1. د نبض حجم به کمزوری وي.
2. Pulsus Paradoxus به شته وي.
3. JVP به لوړه وي.
4. Kusssmaul's Sign به شتون لري.
5. Apex Beat به هم څه کمزوری وي.
6. Pericardial Knock به اوریدل کیږي.
7. ځیګر به غټ او حساس وي.
8. توری به غټ شوي وي.
9. حبن به د پښو له پړسوب سره یو ځای وي.

پلټنې:

1.د ګوګل ایکسری کې به زړه کوچنی وي، د پریکارډ کلسفیکشن به تر سترګو کیږي.

2. ECG به د Twave ټیټه څپه وښي.

3.ایکوکارډګرافي به د پریکارډ ډبل والی وښيي، CT scan /MRI د ډبلې پلورا سره تشخیص وروستي برید ته ورسوي.

***Cardiomyopathy*:**

هغه ناروغي ده، چې نیغ په نیغه د زړه مایوکارډ د حملې لاندې نیسي، خو دا ناروغي د Hypertension،ولادی،رګونو، کرونري شریانو یا پریکارډ ناروغیو له کبله منځته نه راځي.

Dilated Cardiomyopathy:

کله چې مایوکارډ ونه شي کولای په برابر ډول وینه پمپ کړي، نو په معاوضوي ډول سره زړه پراخیږي، دې ډول ته Remodeling وايي، چې له امله یې د زړه عدم کفایې ته لار هواریږي.

اعراض او نښې:

1.د سینې په ایکسری به زړه غټ شوی وي.

2. ECG به Arrhythmias, Sinus Tachycardia او Conductive Defects را په ګوته کړي.

3. ECHO به پراخ شوی زړه راوښيي.

***Restrictive Cardiomyopathy*:**

د بطین دیوالونه به شخ شوي وي، او زړه به نه شي کولای د Diastole په صفحه کې پراخ شي، ځکه نو بطینات نه ډکیږي.

د کلينيک له مخې لاندې برخو ته پام کوو:

1. Apex Beat به اسانۍ سره جس شي.
2. د مايترل عدم کفايې مرمر به واوريدل شي.
3. Pericordial Calcification او ډبلوالی به د سينې ايکسرې او ECHO پرمخ وګورو.
4. وروستی تشخيص د Endomyocardial Biopsy په وسيله کوو.

:Obstructive Cardiomyopathy

دې تـه Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy هـم وايـي، ناروغان به Septal هايپرتروفي لري.

اعراض:

1. په ماشومانو او ځوانانو کی د مړينې ناڅاپي سبب جوړوي.
2. نور اعراض لکه: Syncope, Angina او ستړيا.

نښې:

1. نبض به Jerky وي.
2. Apex Beat به ډبل وي.
3. د زړه څلورم اواز به واوريدل شي.
4. Ejection Systolic Murmur به شته وي.

پلټنې:

1. په ECG کې د کيڼ بطين هايپرتروفي، ژور Q Wave ، Arrhythmias
2. په ECHO کې به Septal Hypertrophy وليدای شي.

:Myocarditis

1. دا افت د انتاناتو په تېره وایروسي انتاناتو له کبله منځته راځي.
2. ناروغ به د زړه عدم کفایه یا Arrhythmias لري.
3. ناڅاپي مړینه شوني ده.
4. څرګنده فزیکي نښه نه تر سترګو کیږي، Pericordial Rub به شتون ولری.
5. د نورو ناروغیو د نه شتون پر مهال به ښه تشخیص په ځوانانو کې د arrhythmias په شتون ورکړل شي.
6. ناروغ په سمه توګه له روغتیا برخمن کیدلی شي.

:Pneumoconiosis

د منرالي مواد له انشاق څخه وروسته پورته افت منځته راځي.

اعراض:

د ساه لنډی، ډیروالی او ځنډنی ټوخی یې عام اعراض دی.

نښې:

1. د Pneumoconisis کومه ځانګړې نښه نه تر سترګو کیږي.
2. Scattered Crepitation او Ronchi به واوریدل کیدای شي.

پلټنې:

1. د ګوګل ایکسری به Microndodular Opacities په خپور شوي شکل سره وښیو په وروستیو کې په ډېره کچه نوډول ته ورته جوړښتونه او Fibrosis منځته راتلای شي.
2. Egg Shell Calcification د Hilar Nodes به ولیدای شي.

3. د پلورا Calcification به شتون ولري.

***

څلورم څپرکی

د زړه ولادی ناروغۍ

Congenital Heart Disease

د مرکز سیانوزس ته په کتو د زړه زیږوني ناروغۍ په دوه ډلو ویشل شوي دي.

A. Acyanotic Congenital Heart Disease.
1. Ventricular Septal Defect.
2. Atrial Septal Defect.
3. Persistent Ductus Arteriousis.
4. Coarctation of The Aorta.

B. Cyanotic Congenital Heart Disease.
1. Fallot's Tetralogy.
2. Transposition of The Great Arteries.

درې اړینې کړنلارې چې له مخې یې د زړه زیږوني ناروغۍ په اسانۍ سره څرګندولی شو.

1. MRI.
2. Angiocardiography.
3. Echocardiography.

Ventricular Septal Defect(VSD):

د بطینانو ترمنځ د پردې سوري والي ته وايي، په کیڼ بطین کې به فشار د ښي بطین څخه لوړوي، یعني د وینې لیږد (Blood Flow) به له کیڼ څخه ښي خوا ته ډېر وي.

اعراض:

1. که VSD کچه ډېره وي، په 3-6 اوونیو کې د زړه عدم کفایه پرمختګ

کوي، په کوچني VSD کې له کوچنيوالي تر ځوانۍ کم اعراض نه وي.

نبني:

1. د نبض کچه به ډېره وي.
2. د زړه څوکه (Apex Beat) ټکان به کيڼ خواته بيځايه شوي وي.
3. Systolic Thrill به په کيڼ ستېرنوم سرحد کې جس شي.
4. لومړی اواز به نورمال يا يو څه لوړ شوی وي.
5. Pansystolic Murmar به د ستېرنوم په کيڼ اړخ څلورمه بين الضلعی مسافه کې واوريدل شي.

د VSD نبني:

1. Apex Beat Shifted to The Left.
2. Systolic Thrill at Parasternal Border.
3. Normal S_1.
4. Pan Systolic Murmar in Forth Inter Costal Space.

پلټنې:

1. د سينې په ايکرې کې به Cardiomegaly وليدای شي.
2. ECG به د کيڼ بطين غټوالی وښيي.
3. ECHO وروستی او سم تشخيص را په ګوته کولای شي.

:Persistent Ductus Atreriosus (PDA)

د رحم په دننه کې د ژوند پر مهال سږي دنده تر سره کوي، نو وينه د سږو شريان څخه د Ducuts له لاري ابحر ته ځي، په نورمال حالت کې د Ductus زيږون وروسته بنديږي، خو ځينې وختونه خلاص پاتې شي.
په ابحر کې د سږو شريان (pulmonary Artery) په پرتله فشار لوړوي،

ځکه پر له پسې Shunting له ابحر څخه د سږو شریان ته دوام مومي.

اعراض:

1. د ماشوم وده ځنډني وي.
2. په ناروغ کې د زړه عدم کفایه منځته راځي.

نښې:

1. یو Systolic Thrill به د کيڼې دويمې پښتۍ په سټرنوم برخه کې واوریدل شي.
2. پرله پسې (Machinery) مرمر به له Systolic Accentuation سره یو ځای واوریدل شي.

پلټنې:

1. سينې به د سږو شریان پراخيدل را په ګوته کړي.
2. ECG به نورمال وي.
3. ECHO به اخته شوي د سام برخه راوښيي.

:Coaractation of the Aorta

ناروغ به Systolic Hypertension ولري.

نښې:

1. Femural نبض به د Radial نبض په پرتله کمزوری یا وروسته اوریدل کیږي. (Radio-Femural Delay).
2. پورتني اطراف کې به فشار لوړ په ښکتني اطراف کې ټيټ یا نورمال وي.

پلټنې:

1. سینې ایکسرې به د پښتیو آره ډوله (Notching) جوړښتونه ونښیي.
2. په ECG کې به کیڼ بطین غټوالی تر سترګو شي.

:Fallot's Tetralogy

د زړه ډېره عامه زیږوني ده، چې زړه به لاندې جوړښتیزې ستونزې لري.

1. Pulmonary Stenosis.
2. Ventricular Septal Defect.
3. Overriding of Aorta.
4. Right Ventricular Hypertrophy.

اعراض:

1. Cyanosis د زیږون پرمهال نه وي، خو وروسته له یوې اوونۍ یا میاشتې پرمختګ کوي.
2. په ماشومانو کې ساه لنډې، ستړیا منځته راځي.

نښې:

1. مرکزي سیانوزس.
2. په کیڼ دریېمه، ځلورمه بین الضلعي مسافه کې به Systolic Thrill اوریدل کیږي.
3. P_2 به نرم یا نه اوریدل کیږي.

پلټنې:

1. د سینې ایکسرې کې نورمال د سږو انحنا نه تر سترګو کیږي.
2. ECG د کیڼ بطین غټوالی ښیي.
3. د وروستي تشخیص لپاره ECHO ډیره اړینه ده.

:Transposition of the Great Arteries

ابحر له ښي بطین سره نښتې او د سږو شریان د کیڼ بطین سره نښتی، کله چې د دهلیزونو تر منځ یا هم د بطیناتو تر منځ غټ سوری (Defect) منځته راغلی وي، نو پاکه وینه (Oxygenated Blood) د کیڼ زړه څخه ښي زړه او ابحر ته تیریږي، چې دې ستونزې ته Transposition Great arteries وایي.

اعراض:

1. د ساه بندوالي او Blue Discoloration یې عام اعراض دي.

نښې:

1. مرکزي سیانوزس (Central Cyanosis) به له زیږون ورځې راهیسې شته وي.
2. نورې نښې د ASD او VSD د افت په شتون پورې اړه لري.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری او ECG به د افت پوره ښودنه وکړي.
2. ECHO به تشخیص وروستي برید ته ورسوي.
3. Venography به د زړه د رګونو اناټومي او ستونزې راوښیي.

:Eisenmeger's Syndrome

هغه ناروغان چې Ventricular Septal Defect، Atrial Septal Defect او Ductus Atreiosus لري.

هغوی کې په تدریجی ډول Pulmonary Hypertension منځته راځی، کله چې د سږو فشار لوړ شي وینه واپس را ګرځي دلته نو وینه له کیڼ څخه ښي او بیا له ښي څخه کیڼ زړه ته ځي یعنی سره ګډوډه کیږي.

د ستونزې په پایله کې Cyanosis منځته راځي چې دې حالت ته Eisenmenger's Syndrome وايي.

:Pulmonary Hypertension

د سږو د شریان نورمال منځنی فشار 25/10 (Mean 15mm) ده، که دا فشار 30/15 (Mean 20mmHg) ته پورته شي Pulmonary Hypertensionورته وايي.

لاملونه:

د سږو لومړنی هایپرتنشن لامل دزړه او سږو ناروغی نه دی. په ځوانانو او متوسط عمر ښځینو کی وی چی دښئي زړه دعدم کفایي لامل کیږی.

د سږو دثانوی هایپرتنشن اسباب عبارت دی له:

1. د سږو مزمن ناروغی
   a. مزمن برانکایتس
   b. امفزیما
   c. د سږو فبروزس
2. د سږو دوینی جریان زیاتوالی
   a. Left to right shunt (ASD,VSD,PDA)
3. د سږو وریدی فشار زیاتوالی
   a. مترال دسام تنګوالی
   b. کیڼ زړه عدم کفایه
   c. مترال دسام عدم کفایه
   d. د سږو ترومبو امبولیزم
4.

اعراض:

1. د ښي زړه د عدم کفايې نښې ډېرې غښتلې وي.
2. نور اعراض يې د سږو لوړوالي پورې اړه لري؛ لکه Syncope ، د سينې درد او پر له پسې Hemoptysis.

نښې:

1. د غاړې وريد جس کيدل او غښتلی (a) څپه د ښي بطين غټوالی له کبله.
2. P_2 به د جس وړ وي.
3. کېنې Parasternal Heave به د ښي بطين د غټوالي له امله واوريدل شي.
4. د سږو په ساحه کې Ejection غږ واوريدل شي.
5. P_2 به لوړ وي.
6. د زړه دوهم غږ (S_2) به Split وي.
7. Diastolic Murmar به Pulmonary Regurgitation له کبله واوريدل شي، چې دې ډول مرمر ته Graham-Steel Murmar هم وايي.

پلټنې:

1. ECG به د ښي بطين او ښي دهليز غټوالی را په ګوته کړي.
2. Echocardiography به د ښي بطين غټوالی راوښيي.
3. د Catheter په وسيله نيغ د سږو شريان فشار ټاکلی شو.

:Systemic Hypertension

د روغتيايي ستونزو يوه اړينه برخه جوړوي، د عمر په ډېريدو سره فشار هم لوړېږي په هتيره Systolic Pressure په نارينه وو کې.

د وينې نورمال فشار له 130/85mmHg څخه کم دی، که د وينې فشار 140/90mmHg یا له دې پورته شو Hypertension ورته وايي.
د 130-139mmHg سیستولیک او 85-89mmHg ډیاستولیک تر منځ فشار ته لوړ نورمال فشار وايي.
د نورو خطر فکتورونو په پام کې نیول؛ لکه د کرونري شریان ناروغی، د سګريټ څکول، Hyperlipidemia، Ischemia Heart Disease او Diabetes Mellitusسره کابو شي.

د لوړ فشار په څرنګه تشخیص کوو:

د فشار کتلو دمخه باید ناروغ دمه وي، د وينې فشار به دواړو متونو کې وکتل شي، نورمالي کچې په نظر کې ونیول شي، خو که په ځینو وګړو فشار تر 210/120 وي، نو Target Organ Damage به شتون لری.

:Labile (borderline) Hypertension

د وينې فشار ځینې وختونه لوړ وي، خو هر وخت نه وي.

:Malignant Hypertension

دې ډول وينې فشار لوړوالي سره به ناروغ Paplledema هم لری.

:Accelerated Hypertension

په 85-90 سلنه وګړو کې ددې ډول فشار لوړوالي لامل نه وي څرکند.

:Hypertensive Crisis پدی حالت کی اکسلریتد هایپرتنشن د زړه او رګونو د ستونځو (Sequel) سره یوځای وي

White Coat Hypertension: پدی حالت کي د ويني فشار داکتر ته د مراجعي په وخت کي د سترس له کبله لوړيږي.

Mask hypertension

هغه حالت ته وايي چی دوينی فشار په کور کی زيات شي .

Hypertensive Urgency & Emergency

د Hypertensive Urgency په پېښو کې فشار بايد د ځو لږو ساعتونو په موده کې بايد کنترول شي،چې په دی کې شديد بی عرضه هايپرتنشن (SBP>220 او DBP>125mmhg)، د Optic disck edema او Sever Perioperative HTN ګډون لري. په دی حالت کې زرقي درملنی ته اړتيا نشته.

په Emergency Hypertensive کې د مړينی او معيوبيت د کمولو په موخه فشار بايد د يو ساعت څخه په لږه موده کې کنترول کړائ شي. په دی حالت کي دياستوليک فشار د 130 څخه لوړ وي . په ايمرجنسی کې هايپرتنسيف Encephalopathy ، هايپرتنسيف نفروپتي، intracranial hemorrhage ، aortic dissection ، preeclampsia-eclampsia ، pulmonary edema ، unstable angina او myocardial infarction ناروغان شامل دي.

په هایپرتنسیف کې ایمرجنسی معمولا زرقی درملنی توصیه کیږی په تېره بیا چی انسفالوپتی موجود وي. د ایمرجنسی د درملنی لومړنۍ موخه داده چې د دقیقو اویا یو الا دوه ساعتو موده کې د وینی فشار د 25% څخه زیات ټیټ نه شي او وروسته د 6 -2 ساعتو موده کې فشار 160/100 حدودو ته راوستل شي. د فشار ډېر ټیټول د قلبي، دماغي او کلیوي اسکیمیا د تشدید سبب کیږي.

Classification of Blood Pressure for Adults::

Classification (JNC7)	Systolic pressure mmHg	Diastolic pressure mmHg
Normal	90–119	60–79
High normal or prehypertension	120–139	80–89
Stage 1 hypertension	140–159	90–99
Stage 2 hypertension	≥160	≥100
Isolated systolic hypertension	≥140	<90

:Secondary Hypertension

په 10-15 سلنه ناروغانو کې د ثرکندو ناروغیو له کبله فشار لوړیږي، چې دې ډول فشار لوړوالي ته secondary Hypertension وايي.

د Secondary Hypertension لاملونه:

1. Coarctation of aorta
2. Renal disease
3. Endocrine disorders
4. Neurologic disorders

Primary Hypertension

Contributing factors

1. SNS activity
2. Diabetes mellitus
3. Sodium intake
4. Excessive alcohol intake

Risk Factors for Primary Hypertension

1. Age (> 55 for men; > 65 for women)
2. Alcohol
3. Cigarette smoking
4. Diabetes mellitus

5. Elevated serum lipids
6. Excess dietary sodium
7. Gender
8. history
9. Obesity (BMI >30)
10. Ethnicity (African Americans)
11. Sedentary lifestyle
12. Socioeconomic status
13. Stress

اعراض:

1. په شدید فشار لوړوالي کې ناروغان د سهار له مخې د Occipital ناحیې درد لری، چې د څو ساعتو لپاره دوام کوي.
2. ناروغ به ګنګسیت، زړه ټکان، Impotance ژر ستړي کیدو څخه سر ټکوي.
3. ناروغ به د فشاز اوړوالي اختلاطات؛ لکه Epistaxis، Hematuria، Bluring Vision، Angina، Heart failure او Transient Ischemic Disease.

د Secondary Hypertension د منځته راتلو کلنیکي بڼه:

نبني:

1. Puffines of Face.
2. Edema Feet.
3. Fundoscopy for Retina.
4. Palpation & Ascultation of Carotiol for Narrowing.
5. Heaving Apex Beat, Loud A_2 . 3rd , 4rd Heart Sound.
6. Basal Crepitation.

پلټنې:

1. Urine Analysis (Proteins, Red Cell, Costs).
2. Hemoglobin.
3. Fasting Glucose.
4. Potassium, Sodium, Serum Creatinine, Blood Urea.
5. Fasting Lipid Profile.
6. ECG.

Effect of Hypertension:

1. Effects on the Heart.
   1. Concentric Hypertension.
   2. Heart Failure.
   3. Ischemic on the Heart Disease.
2. Effects on the Nervous System.
   1. Retinopathy.
   2. Cerebral Infarction.
   3. Hypertensive Encephalopathy.
3. Effects on the Kidney.
   - Arteriolar Nephrosclerosis & Renal Failure.

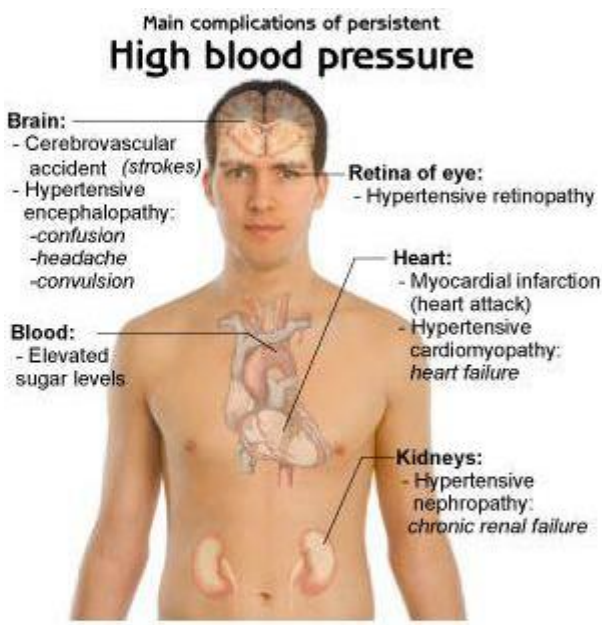
:Hypertensive Encephalopathy

د وینـې فشــار شــدید لــوړوالي ســره یوځــای د شــعور لــه منځــه تلــل، Retinopathy، Papiledema او احتلاج شتون ته وایي.

د سیستیک فشار لوړوالي اختلاطات:

1. Cronary Artery Disease.
2. Cerebrovascular Disease.
3. Peripheral Vascular Disease.
4. Chronic Renal Failure.

Hypertensive Retinopathy.



پنځم څپرکی

د زړه ددسامونواو ولادی ناروغۍ

Valvular & Congenital Heart

Valvular Heart Disease

د زړه والونـه داسـې جوړ شـوي چـې کـولای شـي یـوازې یـو اړخ تـه وینـه ولیږدوي، یعنې له دهلیزونو څخه بطیناتو ته Mitral, Tricuspid په وسیله او له بطیناتو څخه غټو شریانو ته د (Aortic, Pulmonary)له لارې وینه لیږدوي.ځیني وختونه والونه تنګیږي (Stenosis) چې نه شي کولای وینه په کـې جیریـان ومـومي.ددې افتونـو تـر ټولـو عـام لامـل د والونـو تخریـب او Rheumatic Fever بلل شوي.

:Mitral Stenosis

د مایټرال د سام تنګوالي ته وایي، چې د Rheumatic تبه یې مهم لامل دی. د وخت په تیریدو سره د سام تنګ او فایبروزس په کې منځته راځي.

اعراض:

1. ناروغ به Exertional Dyspnea یا د دمې پر مهال د سږو د پړسوب له کبله شدیده ساه لنډي.
2. Hemoptysis په نږدې وختونو کې.
3. په وروستیو مرحلو کې د سږو Hypertension له کبله پّ ناروغ کې د ښي زړه عدم کفایه منځته راځي.
4. په تیرو وختونو کې به د بندونو له درد سره یو ځای تبې (Rheumatic Fever) تاریخچه شته وي.

نبني:

1. نبض به Irregulary Irregular (Atrial Fibrillation) وي.
2. Apex Beat به Tapping وي.
3. Diastolic Thrill به د زړه په قاعده کې جس کیږي.
4. د زړه لومړني اواز به لوړ وي.
5. د زړه دویم اواز پسې به څیرمه Opening Snap اوریدل کیږي.
6. د زړه په قاعده کې به Mid Diastolic Murmar د Pre-Systolic Accentuation سره واوریدل شي.
7. د سږو د فشار لوړوالی نښې به شتون ولري.

پلټنې:

1. د سیني په ایکسری کې به زړه کیڼ سرحد نیغ ښکاري.
2. ECG به P-Mitral (P-Bifid Wave) ښکاري، د ښې بطین هایپروهروفي هم تر سترګو کیږي.

د Pulmonary Hypertension نښې:

1. Prominent “O” Wave in the Jugalar Venous pulse.
2. Palpable P2.
3. Left Parasternal Heave.
4. Loud P2.
5. Closely Split S2.
6. Graham-Steel Murmur.

د Mitral Stenosis نښې:

1. Tapping Apex Beat.
2. Diastolic Thrill ay Apex.
3. Loud First Heart Sound.

4. Opening Snap.
5. Mid Diastolic.

د Mitral Stenosis اختلاطات:

1. Acute Pulmonary Edema.
2. Pulonary Hypertension Due to Right Heart Failure.
3. Atrial Fibrillation.
4. Thrombo-Embolism.
5. Infective Endocarditis.
6. Hemoptysis.
7. Dysphagia Due to Compression of Esophagus.

د Atrial Fibrillation لاملونه:

1. Mitral Stenosis.
2. Ischemia Heart Disease.
3. Thyrotoxicosis.
4. Hypertension.

Mitral Regurgitation:

Rheumatic Fever يې غوره لامل دی، د Papillary عضلاتو اسکيميا او د کيڼ بطين پراخوالی هم د مايټرال د سام عدم کفايه منځته راوړي.

اعراض:

1. د مايټرال د سام تنګوالي ته ورته اعراض ورکوي.

نښې:

1. نبض به High Volume وي.
2. د زړه څوکه (Apex Beat) کيڼ اړخ ته ليرې ديږي.
3. د زړه په قاعده کې Systolic Thrill اوريدل کيږي.
4. S_1 د زړه لومړنی اواز به ټيټ اوريدل کيږي.

5. Pan Systolic Murmur به هم تر غوږو کیږي.

د Mitral Regurgitation نښې:

1. Apex Beat Shifted To The Left.
2. Systolic Thrill at The Apex.
3. Soft S_1.
4. Pan systolic Murmur at The Apex.

1. د سینې په ایکسری کې به کیڼ بطین غټوالی او د زړه کیڼ سرحد نیغ والی تر سترګو شي.
2. ECG به P-Mitral ، د کیڼ دهلیز او کیڼ بطین غټوالی وښیي.
3. وروستی تشخیص د ECHO په وسیله کوو.

:Tricuspid Stenosis

Tricuspid د سام هر وخت د Mitral د سام تنګوالي له کبله تنګیږي، د مرمر بڼه يې د Mitral د سام تنګوالي سره توپیر نه لري.

:Tricuspid Regurgatation

د ښي بطین پراخوالی يې اصلي لامل جوړوي.

اعراض:

1. د ښي زړه عدم کفایه سره ورته اعراض کوي.

نښې:

1. د غاړې ورید حس کې به اوږد Systolic څپه جس شي.
2. ځیګر به Pulsatile وي.
3. د ښي بطین Heave به شته وي.
4. Pan Systolic مرمر اوریدل کیدای شي.

د Tricuspid Regurgatation نښې:

1. Large Systolic Wave in The Jugulav Venous Pulse.
2. Pulsatile Liver.
3. Right Ventricular Heave.
4. Pansystolic Murmar.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری به د ښې بطین غټوالې.
2. ECG کې به د ښې بطین غټوالی وښیي.
3. وروستی تشخیص په ECHO ښایو.

:Aortic Stenosis

د ابحر عدم کفایه ښایي چې زیږوني یا هم د Rheumatic Fever له کبله منځته راشي، په ابحر د سام کې استحالوي تغیرات یې بل لامل ګڼل شوي.

Stenosis هر وخت لپاره د سامي وي، خو ځینې وختونه د سام پورتنی او ښکتنی برخه هم په افت اخته کیږي.

اعراض:

1. د کیڼ زړه د عدم کفایې امراضو سره یو ځای به وګړي Angina, Syncope یا Arrhythmias لري.

نښې:

1. نبض به ورو ورو پورته غورځي.
2. د نبض فشار به کم وي.
3. د زړه ځوکه به بیځایه شوی وي، په غاړه کې Thrill هم ښایي واوریدل شي (Carotid Shudder).

4. د ابحر په ساحه کې Systolic Thrill اوریدل کیږي.
5. Ejection Systolic Murmor به د اوریدو وړ وي، غاړې ته خپریږي له زفیر سره لوړوالی مومي.
6. په د سامي ابحر تنګوالي کې Systolic Click هم اوریدلی شو.

د ابحر تنګوالي نښې:

1. Slow Rising Pulse.
2. Well Sustained Heave.
3. Systolic Thrill at The Aortic Area.
4. Carotid Shudder.
5. Ejection Systolic Murmor.
6. Soft A_2.

پلټنې:

1. د سینې په ایکسری به کیڼ بطین غټ شوی ښکاري.
2. ECG به د کیڼ بطین غټوالی وښیي.
3. ECHO وروستی تشخیص تاکي.

:Aortic Regurgitation

د ابحر عدم کفایه د Rheumatic fever ، Congenital Bicuspid Valve ، Infection Endocarditis او Marfan's Syndrome له کبله منځته راځي.

اعراض:

1. د کیڼ زړه عدم کفایې او Angina په څېر اعراض لري.

نښې:

1. نبض به collapsing وي، یعنې Pistol Shot اوازبه په Femural

Artery کې اوریدلی شو.

2. د نبض فشار به پراخ وي.
3. د زړه څوکه به کینې خواته بیځایه شوی وي.
4. A_2 به یو څه لوړ وي.
5. یو Earlydiastolic Murmor به اوریدل کیږي خو په کینه دریمه بین الضلعي مسافه کې.

د ابحر عدم کفایې نښې:

1. Collapsing Pulse.
2. Soft A_2.
3. Early Diastolic Murmor.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری به د کینې بطین غټوالی وښیي.
2. ECG کې به د کینې بطین غټوالی څرګند شي.
3. ECHO به تشخیص وروستی کړي.

:Pulmonary Stenosis

اعراض:

1. ځیني وختونه ناروغان بې اعراضو وي.
2. په شدید سږو ورید تنګوالی کې ناروغ د شدیدې ساه لنډۍ او Syncope څخه شه ورځ نه لري.

نښې:

1. د ښي بطین Heave به جس شي.

2. د Pulmonary ساحه کې به Systolic Thrill جس شي.
3. P_2 به کمزوری وي.
4. Systolic Click به اوریدل کیږي.
5. Ejection Systolic Murmor به اوریدل شي، چې کیڼ اوږې خواته هم خپریږي.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری د پلمو نري د سام تنګوالی او د شریان پراخوالی ښیي.
2. په ECG کې به د ښي دهلېز او ښي بطین غټوالی وښیي.
3. ECHO به تشخیص وروستی کړي.

:Pulmonary Regurgitation

په Pulmonary ساحه کې به Early Diastolic Murmor اوریدلی شي.
هغه مهال ښه اوریدل کیږي، چې ناروغ ساه اخلي او مخې خواته ټیټ شي، ډیرې پیښـېدونکي لامـل يـې د سـږو د دسام پراخوالی د Pulmonary Hypertension لـه کبلـه ده، دې ډول مرمـر تـه چـې د سـږو د وريـد د عـدم کفایې سبب شي، Grahamsteel Murmar ورته وایي.

***

پنځم څپرکی

د پلورا تشه کې د مایع راټولېدنه

Pleural Effusion

Pleural Effusion مانا د پلورا په تشه کې د مایع راغونډېدل، خو Empyema (Pus د پلورا په تشه کې) او Hemothorax (وینه د پلورا په تشه کې) په دې برخه کې ګډون نه لري.

د پلورايي مايع او د هغه د پروټین غلظت ته په کتو سره په دوه برخو وېشل شوی.

لاملونه:

A. Exudate (More Then 3 Grams Proteins/dl).
1. Tuberculosis.
2. Malignancy.
3. Para Pneumonie.
4. Pulmonary Infarction.
5. (Rheumatoid Arthritis. SLE) Connective Tissue Disorder.
B. Transudate (Less Then 3 Grams Proteins/dl)
1. Congestive Cardiac Failure.
2. Hypoproteinemia Including Nephrotic Syndrome.
3. Hypothyroidism.
4. Meig's Syndrome (Can Be Exudate Too).
5. Exudate: چې د پروټین کچه له 3grams/dl څخه ډېره وي.
6. Transudate: د پروټین کچه به له 3grams/dl څخه لږه وي.

Exudate مایع به د لاندې درېیو Crieteria درلودونکی وي:

a. د پلورايي مايع د پروټين او سيروم پروټين نسبت به له 0.5< څخه ډېر وي.
b. د پلورايي مايع، LDH او سيروم LDH نسبت به له 0.6< څخه ډېر وي.
c. د پلورايي مايع LDH به درې برابره له پورتني سيروم مچې څخه ډېر وي.

په پلورايي مايع کې د X-Ray موندنې:

د سږو په قاعده او Costophrenic زاويه کې به سپين رنګه کثافت وليدا ی شي، پورتنی سرحد به يې يو څه محدب وي.
د مايع کچه به ډېره وي، چې له امله به يې منصف (Mediastinum) بې ځايه شوی وي.
Ultrasound تر ټولو ښه معاينه ده، چې په کمه کچه مايع هم څرګندولی شي.

د پلورا په تشه کې د مايع د راټولېدو فزيکې نښې:

1. په افت ککړ شوی اړخ به Bulging لري.
2. د سينې خوځښتونو به کمښت کړی وي.
3. تراخيا او Apex Beat به مقابل خواته بېځايه شوی وي.
4. Vocal Frematus به کمښت کړی وي.
5. Percussion Note به Stony Dull وي.
6. Breath Sound به له منځه تللی وي.
7. Vocal Resonale به ښکته شوی وي.

1. Tuberculosis:

توبرکلوز (نری رنځ) کولای شي، چې پلورا او د هغه مايع اخته کړي.

اعراض:

د سږو نوری رنځ کلنيکي بڼه يې د يادولو وړ ده، چې ناروغ به Dyspnea او د سينې پلوريټيک دردونه لري.

نښنې:

په فزيکي معاينه کې به يو اړخيز د مايع راټولېدنې ټولې نښنې شته وي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.
2. Tuberculine ټسټ به مثبت وي.
3. د ګوګل په X-Ray کې به د سږو د څوکې په برخه کې Infiltration د سږو د توبرکلوز په څېر نښنې ورکړي.
4. د مايع ايستل او د هغې بېلا بېلې ازموينې د تشخيص وروستی بريد راته ټاکلی شي.
5. (توبرکلوزيک مايع کې به مايع بوس رنګه (Strew Color) وي، چې Exudative او لمفوسايتيک حجرات به ولري.
6. په پلورايي مايع کې به لوړه کچه Markers of Tuberculosis شته وي، چې Adenosine Deaminas به له 45IU/L څخه لوړ او Gamma Interferon به له 140pg/ml< څخه لوړ وي.
7. په بلغم کې به Tubercle Bacilli په کرنه او رنګ (Staining) کې شته وي.
8. د پلورا Biopsy به وروستی تشخيص وټاکي.

:Malignancy .2

اعراض:

ناروغ به د پلورا له درد سره یو ځای یا پرته له درده د اشتها کموالی، وزن بایلل، ټولیزه کمزوري او ساه لنډي ولري.

لاملونه:

1. Bronchial Carcinoma.
2. Metastases.
3. Lymphomo.
4. Leukemia.
5. Mesothelioma.

نښې:

1. ناروغ به په افت ککړ او کمزوری ښکاري.
2. ناروغ کې به د Pleural Effusion ټولې نښې شته وي.
3. که افت خپور شوی وي، د بدن نورو برخو کې هم نښې رابرسېره کولی شي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.
2. د ګوګل X-Ray کې به د Pleural Effusion څرګندې نښې پرتې وي.
3. د پلورا مایع به په وینه ککړ شوی (Blood Stain) رنګ ولري، چې په خبیثو پېښو کې به پلورایي مایع کې د RBCs کچه ډېره غښتلې وي.
4. د پلورا Biopsy به وروستی تشخیص غوره کړي.

وینه لرونکي پلورايي مايع د منځته راتلو لاملونه:

1. Tuberculosis.
2. Malignancy.
3. Pulmonary Infarction.

3. Para Pneumonic:

اعراض:

- ناروغ به د ساه لنډی، سینې درد سره یو خای په لوړه درجه تبه ولري.

نښې:

- د یو اړخیز Pleural Effusion نښې به پرتې وي.
- Bronchial Breath Sound به د پلورایي مایع لپاسه تر غوږو شي.

پلټنې:

1. د TLC د وینې سپینو حجراتو کچه به وړه وي.
2. د مایع د راټولېدو له کبله به دواړه خواوو کې د Consolidation مشابه نښې ولیدای شي.
3. پلورا مایع به Straw Color ولري.

اکزو داتیف مایع اوصاف:

- ***Light's criteria***

1. د پلورا د مایع پروتین اوسیروم پروتین نسبت د **0.5** څخه زیات وي
2. د پلورا د مایع **LDH** او سیروم **LDH** نسبت د **0.6**څخه زیات وي
3. د پلورا دمایع ال.ډي . ایچ د سیروم د نارمل لوړ اندازي څخه ۳/۲ په اندازه لوړ وي
4. د پلورا د مایع کولسترول **60mg/dl** څخه زیات وي .
5. دسیروم البومین او پلورا مایع البومین نسبت د **1.2mg/dl** څخه کم یا مساوي وي

ترانسوداتیف پلورال ایفوژن اوصاف :

1. د اکزوداتیف پلورال ایفو ژن د لابراتواري مایعناتو بر خلاف وي
2. ګلو کوز يي دسیروم سره مساوي وي
3. پي ایچ يي د ۷.۴۰او ۷.۵۵ تر مینځ وي
4. دسپینوحجراتو شمیر يي په یومایکرولیتر کي د ۱۰×۱۰^{۵}څخه کم وي چي زیا تره يي مونو نیوکلیر حجرا ت وي

Indication of Tube Thoracostomy:

1. Frank Pus.
2. Recurrence After Two Therapeutic Aspirations.
3. Organisms Seen on Staining/ Culture of Fluid.
4. Loculated Fluid (Decortication Maybe Requird).

4. Pulmonary Infarction:

1. په کمه کچه به Pleural Effusion شتون ولري.
2. مایع به په وینو ککړه شوې وي.
3. د نورو ناروغیو د تشخیصولو پرمهال تشخیص کېږي.

5. Connective Tissue Disorders:

1. د ډېرو سیستمونو ګډه ناروغي ده، چې د SLE، Rheumatoid Arthritis په څېر کلنیکي بڼه لري.
2. مایع راټولېدنه به دوه اړخیزه وي.
3. ښه تشخیص د کلنیک له مخې کولای شو.

Hypoproteinemia:

په Hypoproteinemia کې دوه اړخیز Pleural Effusion شتون لري.

Meig's Syndrome:

- په ځینو ناروغانو کې د تخمدانونو سلیم Fibroma پرمختګ کوي او له مخې یې په ناروغ کې Pleural Effusion او حبن منځته راځي.
- د پلورا مایع او د حبن مایع به Transudate وي، خو ښایي چې Exudate هم وي.
- د تخمدانونو کتلې په التراسونډ معاینه کې لیدل کېدای ش ي.

Empyema Thorax:

د پلورا جوف (تشه) کې د Puss راټولېدلو ته وایي.

اعراض:

ناروغان به تبه لري، چې د میکروب ضد (Antibiotic) درملو سره به ځواب نه وايي. د نمونیا اعراض دوامداره کیږي د تداوي سره اعراض له مینځه نه ځي

نښې:

سمه او پرځای کلنیکي کتنه د تشخیص وروستی برید تاکلی شي.

پلټنې:

لومړي وخت کي مایع روښانه وي cell/µL >500 WBC، gravity >1.08، protein > 2.5 g/dL، ph < 7.2، LDH 1000 IU/L **څخه** لوړ وي وروسته مایع خیرن کیږي WBC 15000 ، ph < 7.0 ، glucose < 50 mg/dL، LDH > 1000 IU/L

1. ESR به لوړ وي.
2. Leukocytosis به شته وي.
3. په X-Ray کې د Plueral Effusion نښې څرګندې وي.
4. د پلورا مایع به زوې لرونکي، ډېله او Polys درلودونکی وي.
5. که د پلورا مایع توبرکلوزیک وي، نو Leukocytes به شتون لري.

***

شپږم څپرکی

ټوخی

Cough

د تنفسي ناروغیو له عامو ستونزو څخه دی، چې د ناروغۍ بڼې ته په کتو به ټوخی بلغم لرونکی (Productive) یا هم وچ (Dry) او سي.
د ټوخي غځېدنه د ناروغۍ په بڼه پورې اړه لري، د حاد Pharyngitis ټوخی له درې اوونیو څخه لږ او د ساه لنډۍ (Asthma) او ځنډني Bronchitis ټوخی له درې اوونیو څخه ډېر غځېږي.

:Pharyngitis

ټوخی به وچ او پرله پسې وي، چې ناروغ نه د ستوني د خارښت او پوزې بهېدنې څخه هم سر ټکوي.

:Laryngitis

وچ او دردناکه ټوخی به د اواز له خپلوالي سره یو ځای شته وي.

:Laryngeal Paralysis

ټوخی به اوږدمهاله او د نورمال په پرتله Low Pitch وي، چې دې ډول ته Bovin Cough وايي. (د اواز خپوالی هم شته وي)

لاملونه:

Dry (No Sputum is Produced)

1. Pharyngitis.
2. Laryngitis.
3. Laryngeal Paralysis.
4. Fibrosing Alveolitis.
5. Angiotensin Converting Enzyme.

Dry Intially, Productive Later

1. Tracheitis.
2. Obstruction of Trachea.
3. Acut Bronchitis.
4. Bronchial Asthma.
5. Pneumonia.
6. Tuberculosis.
7. Lung Abscess.
8. Bronchial Carcinoma.

Productive (Sputum is Produced)

1. Chronic Bronchitis
2. Bronchiectasis.
3. Acute Pulmonay Edema.

لاملونه:

Acute (Less Then 3 Weeks)

1. Upper Respiratory Infection.
2. Pneumonia.
3. Pulmonary Embolism.
4. Heart Failure.

Chronic (More Then 3 Weeks)

1. Chronic Bronchitis.

2. Bronchial Asthma.
3. Bronchial Carcinoma.
4. Gastroesophageal Reflux.
5. Post Nasal Drip.

:Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors

دا عـام درملونـه دي، چـې پـه 10 سـلنه ناروغـانو کـې وچ تخـريش کـوونکې ټوخی منځته راوړي.

:Tracheitis

د ټټر شاوخوا برخو د درد سره يو ځای به ناروغ وچ، Harsh او بلغم لرونکی ټوخی لري.

:Obstruction of Trachea

د ترخيا نيمايي بندښت د تومور او د ابحر د انيوريزم لـه کبلـه منځتـه راتلـی شي، چې له امله يې ټوخی او Stridor اوربدل کېږي.

:Acute Bronchitis

د سينې له شخوالي سره يو ځای به ناروغ وچ ټوخی لري.

:Bronchial Asthma

د ساه لنډۍ بنه عرض ټوخی دی، سـريخناکه او پـه کمـه کچـه بـه بلغـم شـتون ولري.

ځينـې وختونـه پـه کوچنيـو ماشـومانو کـې د Wheez، Dyspnea سـربېره خپلسري ټوخی د اعراضو د ډېرښت سبب ګرځي.

د شپې د وروستۍ برخې ټـوخی لـه Dyspnea سـره يـو ځـای د (Proxysmal Nocturnal Dyspnea) PND او د کيڼ زړه د حادې عـدم کفـايې سـره تـوپير

شي.

:Pneumonias

ټوخی لومړی وچ وي، خو د Cavitation په جوړېدو سره بلغم قیحچي کېږي.

:Lung Abscess

ټوخی به وچ او وروسته به بلغم لرونکی ټوخی له قیحي او بدبویه بلغمو سره یوځای وي.

:Bronchial Carcinoma

ټوخی یې پیلیز عرض دی، چې وچ او لنډ مهاله به وي، هغه وخت ډېر شدید او بلغم لرونکی وي، چې د تومور په وسیله برانکس بند او انتاني شوی وي.

:Chronic Bronchitis

د برانکسونو په ځنډني التهاب کې ناروغان د شپې ویده کېدو او سهار له خوبه د راپاڅېدو پرمهال د ډېرو بلغمو له شتون څخه سر ټکوي.
بلغم به سرېخناک او قیحي بلغمي وي، چې Wheezing او Dyspnea به ورسره ملګری وي.

:Bronchiectasis

بلغم لرونکی ټوخی به له وضعیتي بدلونو سره یو ځای وي، چې ناروغ به هڅه کوي، په افت اخته اړخ ډېر خملي، ناروغ به د سهار له مخې په پاڅېدو کې د ډېرو بد بویه بلغمو له شتون څخه ډېر ستونزمن وي.

:Acute Pulmonary Edema

دا ناروغان به لنډ مهاله، قیحي، اوبیز، بدبویه او په وینو ککړ بلغم لري.

:Gastro Esophageal Reflux Disease

په ډېره کچه ناروغان له معدې ځخه د مرۍ خواته د محتویاتو د راګرځېدو له کبله خپلسری ټوخی پیدا کوي، چې دا ستونزه د ساه لنډۍ او سینه بغل په توپیري تشخیص کې ډېره پاملرنه وشي.

:Sputum

د بلغمو د کتنې لپاره لاندې ټکي ډېر اړین دي، چې له پامه ونه ایستل شي.

Amount کچه:

د بلغمو د کچې د ټاکلو لپاره تر ټولو ښه لار دا ده، چې ناروغ بېه 24 ساعتو کې خپل بلغم په یوه قطۍ (Can) کې راغونډ او وټاکي، یاده دې وي، چې په ساه لنډۍ کې بلغم لږ په Bronciectasis او Lung Absces کې ډېر وي.

Character بڼه:

Serous: شفاف او بد بویه، بلغم د سږو په حاد پړسوب کې منځته راځي، ښايي چې بلغم په وینه ککړ شوی هم وي.

Mucoid: سپین رنګه یا خاورو ته ورته رنګ لرونکی بلغم د ځنډني Bronchitis ښودنه کوي.

Purulent: ژېړ رنګه او شین ته ورته بلغم د سږو په انتاناتو دلالت کوي، لکه (Bronchiectasis, Pneumonia, Lung Absce).

Mucopurulent: د مخاطي او قیحي بلغمو ټولیزه ده، چې په ځنډني Bronchitis او دویمي انتاناتو کې د لیدو وړ وي.

Viscosity: بلغم به نری او اوبیزه بڼه ولري، مخاطي به یو څه سرېښناکه وي.

Taste odour: د سږو ابسې، Bronchiectasis، د An Erobic بکتریایي انتاناتو سره یو ځای به د بد بویه بلغم د ناروغانو عامه ستونزه ده.

***

اووم څپرکی

Hemoptysis

وینه لرونکي ټوخي ته Hemoptysis وایي چې وینه به روښانه سور رنګه وي، ښایي بلغم سره ګډه شوې اوسي، له ناروغ څخه د Hemoptysis د ډول، درجې، Frequency او دوام په هکله پوښتنې وشي.

لاملونه:

1. Pulmonary Tuberculosis.
2. Chronic Bronchitis.
3. Brochiectasis.
4. Lung Abscess.
5. Bronchial Carcinoma.
6. Pulmonary Infarction.
7. Mitral Stenosis.
8. Pneumonias.
9. Adenoma.
10. Bleeding Disorders.
11. Arteriovenous Malformation.
12. Good Pasture’s Syndrome.

:Pulmonary Tuberculosis .2

یو اسید فاسټ سیل دی (AFB) دی، چې د Mycobacterium Tubeculosis په وسیله منځته راځي، ښه ښودونه یې د انتاني انساجو په منځ کې د Granulomas شتون دی، سږي یې تر ټولو عام ځایونه دي، خو د بدن نورې برخې هم اخته کولی شي.
لومړنی توبرکلوز Asymptomatic وي.

اعراض:

1. ناروغ د ماښام له خوا له ټیټې درجې تبې څخه یادونه کوي، چې د شپې له خوا ورسره سړه خوله هم یو ځای وي.
2. په ځنډنی ډبنه له ټوخي سره بلغم وي، بلغم، په غیر قیحي یا ژېړ/شین ته ورته ډبنه لري.
3. Hemoptysis د کرښې ډوله وینو سره شونی دی.
4. د زړه بدوالی، بې اشتهايي او وزن بايللو تاريخچه به هم شته وي.
5. د کورنۍ په دننه کې د توبرکلوز تاریخچه هم تر سترګو کېږي.

نښې:

1. ناروغ به خاسف ویی، په افت اخته شوی ښکاري.
2. په لومړیو وختونو کې ګوګل نورمال وي.
3. په سینه کې یوازینۍ ښه نښه د Past- Tussive Crepitation بلل شوې ده.
4. د Fibrosis پرمهال ترخیا مقابل خواته بې ځایه کېږي.
5. په وروستیو کې د Cavitation له کبله Bronchial Breating اوریدلی شو.

د Hemoptysis ډولونه:

frank : **ټول بلغم وینه وی لکه تبرکلوز ، برانکیکتازس او دسږو انفارکشن**

1 - hemoptysis

2 – blood stained sputum : بلغم د وینی په واسطه رنګ شوی وی . لکه دبرانکسونوسرطان

3 – blood streaked sputum : وینه په بلغم کی دلیکی په شان وی . تبرکلوز او د برانکسونو سرطان
4 – rusty sputum : زنگ وهلی بلغم لکه په نمونیا کی .

پلټنې:

- ESR به لوړ وي.
- Tuberculin ازموینه به مثبت وي، په تېره هغه وګړو، چې د BCG واکسین ورته نه وي تطبیق شوی.

په ځوانانو کې د ټیسټ مثبتوالی دا مانا، چې ناروغ له فعال توبرکلوز څخه سر ټکوي.

ځینې وختونه Tuberculin ټیسټ منفي وي، چې دا په دې مانا نه دی ګواکې ناروغ په افت نه دی اخته، ولې دا ښایي چې ناروغ معافیت ځپلی، ناروغ ډوله وي، همدا راز د Tuberculin ټیسټ د Miliary Tuberculosis په پېښو کې هم منفي کېدای شي.

- د سینې په ایکسری کې به د سږي په څوکه کې Apical Infiltration منځته راغلی وي.
- که Tubercle Bacills ایزولیټ وي، تشخیص سم دی، بسیل په بلغم کې موندلی شو، بلغم باید د سهار له خوا راټول او لابراتوار ته واستول شي.

که بلغم نه و، نو په نهارې دې له معدې څخه مواد، Laryngeal Swab، Bronchial Lavago واخیستل شي.

د بسیل لیدنه د Ziehl-Neelsen تګلارې په ډول ډېر په اسانۍ سره کېږي.

- په AFB مثبت پېښو کې د CSF، Ascitic Fluid/Pleural لپاره PCR ډېر اړین دی، خو په AFB منفي پېښو کې اړتیا نه لیدل کېږي.
- سیرالوژیک ازموینې د انتي باډي پر وړاندې ډېرې حساسې نه دي.

2. Chronic Bronchitis:

د ناروغۍ په اني منځته راتلو سره د بلغم بڼه قیحي او د ینو سره ګډه شوې وي، Hemophilus Influenzae یې تر عام افت تولیدوونکی لامل دی.

3. *Bronchiectais*:

د برانکس غیر نورمال او پرله پسې پراخوالي ته وايي، چې د التهاب له کبله د برانکسونو د دېوال تخریب منځته راځي.

دا مهال به برانکس کې د دویمي ډول انتان مداخله په ډېره اسانۍ سره کېږي، ښايي په وروستیو کې د سږو خنځو (Lung Abscess) ته هم لاره جوړه شي.

اعراض:

1. اوږد مهاله او پرله پسې بلغم لرونکي ټوخي تاریخچه پرته وي.
2. بلغم به په ډېره کچه او بد بویه وي، کچه یې د سهار له خوا ډېرېږي.

لاملونه:

1. Viral Infections. Particularly Measles. Whooping Cough & Influenza.
2. Severe Bacterial Infections. Particularly Stappylococcus Aureus Klebsiella.
3. Pulmonary Tuberculosis.
4. Recurent Respiratory Infection in Patients with Cystic Fibrosis.
5. Primary Ciliary Dyskinesia (Kartagener's Syndrome).
6. Allergic Bronchopulmonary Aspergillosis.
7. Foreign Body.

- د سږو د ټولو انساجو د اخته له کبله Febrile Illness التهاب ته لار

هواروي.

نښې:

1. Clubbing به تر سترګو شي.
2. Coarse Crepitation سره يو ځای به Rhonchi به اورېدل کېږي.

پلټنې:

1. د سينې په ايکسری کې ګرد سيوري لرونکي جوړښتونه يا د مچيو ځالې ته ورته جوړښتونه راښکاره شي.
2. په Bronchography به د برانکس پراخوالی وليدای شي، خو په CT کې به له پراخ شوي برانکس سره يو ځای د برانکس پنډ شوی دېوال هم وليدای شي.

4. Lung Abscess:

د سږو ابسې ښه تشخیص د خالیګاه په جوړېدو سره کولای شو.
تر ټولو عام لامل يې د موادو خپلسري تېرېدل (Aspiration) دی، خو ښايي چې تومورونه د برانکس بندښت هم په سږو کې ابسې منځته راوړي.
د سږو ابسې د اختلاطاتو له ډلې څخه نمونیات چې د Staphy Pyogenes او Klebsiell Pneumonia له کبله منځته راځي، د يادولو وړ ده.

اعراض:

1. ناروغ به د لوړې درجې تبې سره يو ځای خولې او لړزه لري.
2. بلغم لرونکی ټوخی، چې بلغم به ډېر وينه لرونکی او بد بويه وي.

نښې:

1. د ګوتو Clubbing تر سترګو کېږي.
2. په سږو کې د Consolidation يا Cavitation نښې شته وي.

پلټنې:

1. Leukocytosis به شته وي.
2. ESR به لوړ وي.
3. د ګوګل ايکسرې کې به ګرد اوبه ته ورته خاورين ډوله کثافت ولیدای شي، خو ابسې څېرې شوې وي، په ټولو برخو کې ورته بڼه ښکاري.

5. Bronchial Carcinoma:

د نورو وګړو په پرتله په سګريټ څکونکو کې 40 سلنه ډېره عامه پېښېږي، ناروغان له 40 کلنۍ ډېر عمره وي.

اعراض:

1. لومړنی عرض یې ټوخی دی.
2. که دویمي انتان او Cavitation منځته راغلی وي، بلغم به قیحي ډوله وي.
3. په پرلپسې ډول به Hemoptysis شته وي.
4. د پلورا په اخته کېدو یا نه اخته کېدو سره د سینې درد شته وي.
5. په ځنډني Bronchitis کې Dyspnea هم منځته راتلی شي.
6. د اشتها له لاسه ورکول.

نښې:

1. ناروغ به په افت اخته شوی او کمزوری ښکاري.
2. د ګوتو Clubbing به شته وي.
3. Supraclavicular لمفاوي غوټې به غټې شوې وي.
4. په لومړنیو وختونو کې سینه د کلینیکي نښو له مخې نورمال وي.
5. د Pleural Effusion نښې ډېرې عامې لیدلی شو.
6. Stridors او Wheeze به د Bronchus د بندوالي له وجې واورېدل شي.

کلینیکی لوحه

اعراض او علایم	
توخی	8-75%
وزن بایلل	0-68%
نفس تنگی	3-60%
د سینی د رد	20-49%
وینه لرونکی بلغم	6-35%
دهډو کو درد	6-25%
د گوتو کلابینگ	0-20%
تبه	0-20%
ضعیفی	0-10%
دسفا ژ یا	0-2%
ویزینګ او سترایدور	0-2%

د Bronchial Carcinoma کلنیکي اختلاطات:

دسږو کنسر نوروبرخو ته میتاستاس :

1. Esophageal compression (dysphagia)
2. Laryngeal nerve paralysis (hoarseness)
3. Symptomatic nerve paralysis Horner's syndrome (enophthalmos, ptosis, miosis, and anhidrosis)

4. Cervical/thoracic nerve invasion(Pancoast syndrome)
5. pleural effusion(Lymphatic obstruction)
6. Vascular obstruction SVC syndrome
7. Pericardial/cardiac extension effusion, tamponade

سندرومونهParaneoplastic:

1. Secreation inapropriated of antidiuretic hormon(SIADH) Hyponatremia
2. PTH – Squamous cell – Hypercalcemia
اعراض)زړه بد والي ,کانګي ، د ګيډې د رد ,قبضيت , پالي يوريا ,تنده ، شعوري حالت خرابوالي
3. Calcitonin زیاتوالي
4. Gonadotropinزیاتوالي
5. Serotonin زیاتوالي

Skeletal– اختلاطات :

1. Clubbing - 30%
2. Hypertrophic primary osteoarthropathy - 1–10% adenocarcinomas).
3. Periostitis

د پوستکي تظاهرات :

a. Dermatomyositis
b. Acanthosis nigricans
c. polymyositis

عصبي تظاهرات :

1. Myopathic syndromes
2. Myasthenic Eaton-Lambert syndrome and retinal blindness .
3. Peripheral neuropathies
4. Subacute cerebellar degeneration
5. Cortical degeneration
6. Polymyositis

د و يني تظاهرات :

1 -Migratory venous thrombophlebiti (Trousseau'ssyndrome),
2 -Nonbacterial Thrombotic (marantic) endocarditis with arterial emboli,
3 -Disseminated intravascular coagulation
4 -Thrombotic disease complicating cancer is usually a poor prognostic sign.
5-Hypocalcemia

د پښتورګو تظاهرات :

1 - Nephrotic syndrome
2 - Glomerulonephritis

دسږو دکنسر میتاستازس:

1. Adrenals - ~50% of cancers
2. Liver – 30-50%
3. Brain – 20%
4. Bone – 20%

پلټنې:

1. Leukcytosis به شته وي.
2. د سینې په ایکسری کې به محیطي کثافت تر سترګو شي، د پلورا مایع به وینه لرونکی او Exudative وي.
3. Plasma D-dimer کچه به لوړه وي.
4. د لینګې Doppler کتنه به DVT را په ګوته کړي.
5. وروستی او بشپړ تشخیص د MRI/CT په وسیله ترسره کوو.

7. Mitral Stenosis:

د Mitral تنګوالی یوه عامه نښه په پرله پسې ډول د Hemoptysis شتون دی.

8. Pneumonia:

د سږو التهاب ته نمونیا وایي، په Lober Pneumonia کې یو څو لوبونه اخته کېږي.

په Bronchopneumonia کې د واړو سږو کې پراخ Patchy ډوله التهابي نښې تر سترګو کېږي.
ښايي چې Typical(عام پتوجن يې S.Pneumonia او H.Influenza دی) يا Atypical(عام پتوجن يې Pneumonia Mycoplasma يا Legionella Pneumophilig دی).

:Typical Pneumonia

اعراض:

1. ناروغ کې به په اني ډول شديده او په لوړه درجه تبه منځته راشي.
2. ټوخی به وچ او په وروستيو کې بلغم لرونکی شي.
3. بلغم به قيحي وي.
4. پلوريټيک سيني دردونه، چې درد به شديد ، ژور او د ټوخي يا ساه اخيستلو سره ډېرېږي.
5. ناروغ به ساه لنډي لري.

نښې:

1. په Lobar نمونيا کې به د تکاثف Consolidation نښې ښکاري.
2. Pleural Rub به شتون لري، که پلورا اخته شوی وي.
3. په Bronchopneumonia کې د واړو سږو کې پراخ ډول Coarse Crepitation اوريدلی شي.

د Consolidation نښې:

1. Chest Movement are Decreased.
2. Trachea is Normal.
3. Vocal Frematus is Increased.

4. Percussion Note is Impaired or Dull.
5. Breath Sound are Bronchial in Character.
6. Vocal Resonance is Increased.
7. Whispering Pectoriloquy is Present.
8. Coarse Crepitations Maybe Present.

پلټنې:

1. Leukocytosis به شته وي.
2. ESR او CRP (C-Reactive Protein) به لوړ وي.
3. د سینې په ایکسرې کې به په ډېره کچه یو شان کثافت تر سترګو شي، که نمونیا وي، نو دوه اړخیز Patchy ډوله جوړښتونه راښکاري.
4. سببي ارګانېزمونه د بلغم په کلچر کې موندلی شو.

:Atypical Pneumonia

اعراض:

1. د ناروغۍ اعراض تدریجي وي.
2. ټوخی به وچ وي.
3. د ناروغ تنفس به لنډ وي.
4. له سږو څخه بهر اعراض، لکه سردرد ، درونه، زړه بدوالی، کانګې او نس ناستی ډېر احساسېږي.

نښې:

- د سږو د اخته کېدو نښې په روښانه توګه ښکاري.

پلټنې:

1. Leukocytosis به شته وي.
2. د سينې په ايکسری په Labor Pneumonla تر ستر ګو شي.
3. سيرالوژيک ازموينې د انتي باډي ټايټر راته په ګوته کولی شي.

9. Adenoma:

په ځوانو وګړو کې ډېره پېښېدونکې ناروغي ده، ناروغ به پرلپسې Hemoptysis لري، د سينې ايکسری او Bronchoscopy وروستی تشخيص غوره کولی شي.

10. Bleeding Disorders:

د Hemoptysis د وينې بهېدنې يوه ښه کلينيکي نښه ده.

11. Arteriovenous Malformaions:

په دې ناروغۍ کې د Hemoptysis برسېره ناروغ د Epistaxis او Hematemesis تاريخچه لري.

12. Goodposture's Syndrome:

په دې ډول سنډروم کې ناروغ په پرلپسې ډول سره Hemoptysis او Glomerulonephritis (Hematuria ، Hypertension ، Azotemia) لري.

❋❋❋

اتم څپرکی

د سږو نوډولونه

Pulmonary Nodules

د سږو یو یا څو هغه افتونه، چې کابو 2-6cm قطرولري او په X-Ray کې ښکاره شي، د سږو نوډولونه ورته وايي.

لاملونه:

1. Bronchogenic Carcinoma.
2. Metastases.
3. Granuloma.
4. Adenoma.
5. Lung Absces.
6. Hydatid Cyst.
7. Arteriovenous Malformation.
8. Hamartoma.

1. Bronchogenic Carcinoma:

د سږو د سرطان لپاره تر ټولو ښه کلینیکي نښه د نوډولونو منځته راتلل دي، پېښې يې له 35 کلنۍ څخه په ډېر عمره وګړو کې د FNAB (Fine Needle Aspiration Biopsy) او Bronchoscopy په وسیله ښه تاکلی شو.

2. Metastases:

a. سیوري یې څو ځایونو کې ښکاري.
b. د لومړني Neoplasm پېښې یې ډېر تر سترګو شي.
c. که یوه سیوره (Shaeow) د لیدلو وړ وي، نو تشخیص د بشپړ کولو لپاره ښه معاینات Biopsy او Bronchoscopy بلل شوی.

3. Granuloma:

ښايي چې توبرکلوزیک او فنګسي سرچینه ولري.

4. Tuberculous Granuloma:

دلته عامه نښه Calcification ده، چې د سږو د توبرکلوز سره ورته کلنیک بڼه لري.

5. Fungal Granuloma Aspergilloma:

تر ټولو ډېر عام فنګسي انتان چې سږي په افت اخته کوي Aspergillosis.
دا فنګس ډېر کله د بدن بېلا بېلې تشې اخته کوي، چې په پایله کې یې یوه کتله چې Aspergilloma یې بولي منځته راځي.

اعراض:

1. ناروغ به پرلپسې ډول Hemoptysis (په خړاسکو کې وینه) لري.
2. د وزن بایلل او cachexia ولري.

نښې:

موضعي Crepitationa او Bronchial Breathing به شتون لري.

پلټنې:

1. د X-Ray بڼه يې ځانګړی شکل لري، يانې داسې چې له تشې (Cavity) سره په يوه تور رنګه هوايي خيال تر سترګو شي.
2. په سيروم کې به هر وخت Precipitins شته وي.

4. Adenoma:

په ځوانو وګړو کې یې پېښې ډېرې موندل کېږي.

اعراض:

تر ټولو ښه او پېژندونکې نښه یې تخریشي ټوخی، د پرلپسې Hemoptysis سره یو ځای وي.

نښې:

یو اړخیز Wheeze او هم به د برانکس د لومن د بندوالي پر مهال به Collapse نښې هم شته وي.

پلټنې:

1. په X-Ray کې به د سږي د کولپس نښه ډېره روښانه پرته وي.
2. وروستی تشخیص یې Bronchoscopy او Biopsy په وسیله کولای شو.

5. Lung Abssces:

د سږو خنځې (Absce) چې له برانکس سره اړیکه ونه لري او ګرد جوړښتیز بڼه یې تر سترګو شي، له نورو افتونو سره یې توپیر یو څه ستونزمن کېږي، خو ښایي چې یو څو دانې اووسي، تشخیص یې د CTscan په وسیله کوو.

6. Hydatid Cyst:

سږي په دویمه ډله کې د Hydatid Cyst د جوړېدو لپاره ټاکلی ځای دی.

اعراض:

1. په روښانه توګه کوم ځانګړی عرض نه ورکوي.
2. که Cyst د برانکس خواته څیرې شوی وي، ناروغ به پرلپسې بلغم

لرونکی تو خی لري.

3. تبه، د اشتها کمښت او د وزن بایلل به ناروغ کې منځته نه راځي.

نښې:

کومه ځانګړې فزیکي نښه نه تر سترګو کېږي.

پلټنې:

1. په X-Ray کې به روښانه ګرد جوړښت، چې څنډې به يې روښانه ښکاري تر سترګو شي.
2. التراسونوګرافی به ځانګړی انځور د تشخیص لپاره وړاندې کړي.
3. Casoni's او Agglutination ازموينه به مثبت وي.

7. Arteriovenous Malformations:

په AV Malformation کې Hemoptysis نه لیدل کېږي، خو ښايي Telangiectasis شتون ولري، په تېره په پوستکي، ژبه او د پوزې په مخاطي برخه کې.

د Shunt د شتون پر مهال د سینې لپاسه د Bruit اواز اورېدل کېږي، چې له کبله به يې ښايي ناروغان Cyanosis او Clubbing هم ولري.

- د سینې په ایکسرې کې به Round Opacity ښکاره شي.

د Calcification د شتون پر مهال وروستی تشخیص د سږو د Angiography په وسیله ترسره کوو.

8. Hamartoma:

دا یوه زېږوني ستونزه ده، چې د یو غړي نورمال جوړښتونه او ترکیبي مواد تخریب شوي وي.

ځانګړي اعراض نه ورکوي، خو د ګوګل په X-Ray کې به Round Opacity د کلسيم تر سترګو شي، د سم او وروستي تشخص لپاره غوره ازموينې CTscan او Bronchoscopy ده.

❋❋❋

نهم څپرکی

Dysphagia

په ستونزمن ډول سره د خوړو بلغ کولو ته Dysphagia وايي، Dysphagia د ستوني د تنګوالي او د دنديې د خرابوالي له کبله منځته راتلی شي.
په جوړښتيز خرابوالي کې کلک مواد نه تېرېږي، په داسې حال کې چې د ستوني دندې په خرابېدو سره نرم مواد هم نه شي تېرېدای، د بلع کولو دردناک حالت ته Odynophagia وايي.

لاملونه:

A. Structural Dysphagia.

1. Painful Conditions of Oral Cavity.
2. Reflux Esophagitis.
3. Benign Esophageal Stricutre.
4. Carcinoma Esophagus.
5. Scleroderma.
6. Plummer Vinson Syndrome.
7. Compression of the Esophagus from out side.

B. Paralytic Dysphagia.

1. Bulbar/Pseudobulbar Palsy.
2. Myasthenia Gravis.
3. Polymyositis & Dermatomyositis.
4. Achalasia & Other Motility Disorders.
5. Oculo-Pharyngeal Myopathy.

C. Globus Hystericus.

1. Painful Condition of Oral Cavity:

1. د خولې هر درد ډوله لامل (Stomatitis. Tonsillitis) کولای شي Dysphagia منځته راوړي.
2. د خولې په کتنه کې افت ښه لیدلی شو.

2. *Reflux Esophagitis*:

له معدې څخه په غیر نورمال ډول سره د محتویاتو راګرځېدل د ستوني په لور د Reflux Esophagitis سبب ګرځي، په تېره هغه وګړو کې چې مزي او سګریټ څکونکي وي.

دا ډول Dysphagia د مرۍ تنګوالی او یا نورو لاملونو پرته هم منځته راتلی شي.

د Reflux Esophagitis په اختلاطاتو کې د مرۍ تنګوالی Aspiration Pnumonia، وینه بهېدنه او Barret's Esophagits د یادولو وړ دي.

اعراض:

1. ناروغ په خپله تاریخچه کې د ستېرنوم شاوخوا درد څخه یادونه کوي، کوم چې مخې خواته په ټیټېدو سره ډېر ښت کوي.
2. له Antacids سره کمښت مومي.
3. د Esophageal دردونه په سختۍ سره د Angina Pictoris دردونو سره توپیرېږي.
4. خولې د تروش ډوله اوبو راپورته کېدل هم د یاده ونه ایستل شي (Regurgatation).
5. په معده کې د اسیدو له ډېرښت سره سم په خولې کې د لاړو غدوات خپل فعالیت ډېروي.
6. Bitter ازمونیه د سهال له خوا ډېره اړینه ده.

7. لـه معـدې څخـه خپلسـري مـواد خـولې خواتـه راتلـل او هغـه بېرتـه تېـرول د Laryngitis سـبب ګرځـي، همـدا راز Aspiration Pneumonia وېره هم له ياده ونه ايستل شي.

نښې:

- کومه ځانګړې نښه نه تر سترګو کېږي، خو يوازې ناروغ خاسف ښکاري.

پلټنې:

1. د Barium بلع به Reflux او تېپ په هکله مالومات راکړي.
2. اندوسکوپي به Hyperemic مخاطي غشا له تېپ سره يا پرته له تېپه را په ګوته کړي.

د پلټنو استطباب:

1. Age >40.
2. Atypical Chest pain.
3. Anemia.
4. Dysphagia.
5. Weight Loss.

2. Benign Esophageal Stricture:

د Fibrosis له کبله د ستوني تنګوالي ته وايي، تر ټولو عام لامل يې Reflux Esophagitis بلل شوی.

اعراض:

1. د Reflux Esophagitis مخکينۍ تاريخچه.
2. د نيم جامدو موادو له تېرولو سره يو څه ستونزه حِس کول.
3. د خوړيزو پارچو پاتې کېدل په ستوني کې، چې د اوبو په وسيله

تېر او معدې ته تېر شي.

نښې:

1. د ناروغۍ کومه ځانګړې نښه په سترګو نه لیدل کېږي.
2. ناروغ به خاسف او سوء تغذیه وي.

پلټنې:

1. د Barium په بلع کولو سره به د مرۍ تنګوالی ښکاره شي، په داسې حال کې چې د تنګوالي څنډې به ښوی وي.
2. اندوسکوپي هم د مرۍ تنګوای را په ګوته کولای شي، د ستوني لپاره میکوزا به سور رنګه وي، د خباثت لپاره Biopsy اړینه ده.

4. *Carcinom Esophagus*:

د زړو وګړو ناروغي ده، چې مساعد کوونکي فکتورونه یې سګرېټ څکول، Barret's Esophagus او Achalasia بلل شوی.

په Barret's Esophagus کې د ستوني نورمال Squamous Epithelium په Columnar Epithelium اوړي، چې دا پېښه د Reflus Esophagitis د یو اختلاط په ډول رامنځته کېږي.

اعراض:

1. د جامدو موادو په تېرېدو سره بندښت.
2. ښايي د ستوني لار په بشپړ ډول بند شي.
3. د وزن څرګند بايلل.

نښې:

1. ناروغ به خاسف وي.

2. ناروغ به په څرګند ډول کمزوری ښکاري.

پلټنې:

1. د Barium بلع کول به د ستوني تنګوالی د غیر منظمو څنډو په درلودلو سره وښيي.
2. اندوسکوپي به تنګوالی، کتله د ټپ یا پرته له ټپه وښيي، وروستی تشخیص د Brush Cytology او Multiple Biopsy په وسیله کولای شو.

B. *Paralytic Dysphagia:*

د Pharyngeal عضلاتو د کمزورۍ له کبله پورته ستونزه منځته راځي.

لاملونه:

1. Bulbar/Pseudobulbar Palsy.
2. Myasthenia Gravis.
3. Polymyositis & Dermatomyositis.
4. Oculo-Pharyngeal Myopathy.

اعراض:

1. د مایع موادو په تېرېدلو سره هم Dysphagia احساسېږي.
2. Nasal Regurgatation تاریخچه به شته وي.

نښې:

- د لسم قحفي عصب د فلج نښې به شتون لری، یاني نرم تالو به خپل خوځښت له لاسه ورکړی وي، ناروغ به (ah) نه شي تلفظ کولای.

:Achalasia

د ټول مرى Motility کمښت مومي، د مرى ښکتنۍ معصره نه شي کولای چې د څه تېرولو پر وړاندې غبرګون وښيي.
يو زېږوني ناروغي ده، چې د مري يو شمېر Ganglion Cell خپله دنده له لاسه ورکوي، ورته کلنيکي بڼه په (Chagas Disease) کې منځته راځي.

اعراض:

1. د جامدو او مايع موادو په تېرولو کې د ستونزې اوږده تاريخچه موجوده وي.
2. کانګې هم شوني دي، چې د څو ورځو پاتې شوي بد بويه خواړه به له کانګو سره يو ځای راووځي.
3. ناروغ به د سږو پرلپسې انتاناتو تاريخچه لري.

نبنې:

- کلنیکي کتنې به نورمال وي.

پلټنې:

1. د سینې په ایکسرې کې به منصف پراخه ښکاري.
2. د Barium په بلع سره به پراخ ستونی تر سترګو شي.
3. په انډوسکوپي کې پراخ مرې دې نرم Mucosa سره.
4. د مرې حرکتونه ټاکونکي ازموینو کې به د ستوني حرکتونه خراب وي.

:Scleroderma (Systemic Sclerosis)

د منظم انساجو ټولیزه ستونزه، چې پوستکی او داخلي غړي اخته کوي. Degeneration او Fibrosis د کولمو د حرکتونه کمیږي .

اعراض:

1. د Reflux Esophagitis او Dysphagia اعراض عام دي.
2. پرلپسې ګېډې دردونه، د ګېډې پړسوب او قبضیت سره یو ځای وي، ځکه چې د کولمو خوځښت کم شوی.
3. ګوتې پړسېدلې، شخې او د ګوتو څوکې ټپې ډوله وي.
4. په پوستکي Calcinosis.
5. د خولې خلاصول ګرانیږي.
6. په ناروغ کې Raynaud's Phenomenon (ګوتې یخ کیږي، بیا ګوتې خاسفوالی مومي، چې په وروستیو کې Cyanosis او سوروالی منځته راځي) شته وي.

7. د عضلاتو سستوالی.
8. د پښتورګو عدم کفایه.

نښې:

1. ګوتې به پړسېدلي او له خوځولو سره به درد کوي.
2. د ګوتو په څوک کې به ټپونه روښانه ښکاري.
3. پوستکی به ډبل، نه غونجېدونکی وي.
4. د پوستکي صباغات او Telangiectasis به شته وي.

پلټنې:

1. ESR به نورمال وي.
2. د اوسپنې او Vitamin B_{12} د کموالی انیمیا به وی.
3. Anti Nuclear Antibody به مثبت وي.
4. د پوستکي لاندې برخو کې Calcinosis خو په ایکسری کې.
5. Barium بلع سره به مری پراخوالی تر سترګو شي.
6. Motility کتنې به د حرکت کمښت راوښيي.
7. د پوستکي Biopsy وروستی تشخیص راښیي.

:Pulmonary Vinson Syndrome

د Raynaud's Phenomenon لاملونه:

1. Collagen Vascular Disorders' Particularly Scleroderma.
2. Thrombo Angitis Abliterans.
3. Cervical Rib.
4. Trauma (Vibrating Machine Operators).
5. Circulating Cryoglobulins, Cold Agglutinins.
6. Drugs (Ergotamine. Propranolol).
7. Primary Pulmonary Hypertension.
8. Occult Carcinoma.
9. Primary (Also Called Raynaud's Disease).

د دې سنډروم د کلینیکو نښو څخه dysphagia، Iron Deficiency Anemia او Glossitis د یادولو وړ دي.

:Compression of the Esophagus from out Side

لاملونه:

1. Retrosternal Thyroid.
2. Enlarged Mediastinal Lymph Nodes due to Lymphomas, Leukemias & Mestastase.
3. Enlarged left Atrium due to Mitral Stenosis.

اعراض:

1. ناروغ جامد مواد نه شي بلع کولی.
2. که Superior Vena Cava تنگه شوې وي، د ناروغ مخ به سور رنگه وي.

نښې:

1. Thyroid به غټه شوې وي.
2. Pemberton's Sign) retrosternal goiter) کی به مثبت وي.(ناروغ ته ویل کیږی چی لاسونه دخپل سر څخه پورته کړه په دی وخت کی دناروغ مخ احتقانی کیږی ، ناروغ ته ستړائیدو ر پیدا کیږی او دغاړی ورید برجسته کیږی خو نبضانی به نه وی .
3. د Superior Vena Cava د تنگوالي نښې به شته وي.
4. د Mitral Stenosis نښې هم د یادولو وړ دي.

پلټنې:

1. د گوگل ایکسری به پراخ منصف راوښیي.
2. Barium Swallow به د مری تنگوالی راوښیي.
3. اندوسکوپي به د مری افتونه را په گوته کړي.

4. CTscan، Bronchoscopy، Mediastinoscopy او Biopsies بــه وروستی تشخیص راته غوره کړي.
5. د superior venacava obstruction علایم به مثبت وی (مخ ،علوی اطراف اوغاړه به پړسیدلی وی ،ناروغ به ټوخی او تنفسی زجرت لری ، اواز به خپ ،ژبه پړسید لی او د سفاژیا به لری) اعراض هغه وخت زیاتیږی چی ناروغ قدام خواته ټوغ شی او یا ستون ستاخ پریوزی.
6. د Mitral Stenosis د تشخیص لپاره لومړی څپرکی وګورئ.

C. *Globus Hystercus*:

1. ناروغ به په ستونی کی داسې احساسوي، چې یو څه شته، خو چې کله د تېرولو عملیه ترسره کوي، څه نه وي.
2. Dysphagia نه وي.
3. ناروغ له Anxiolytic درملو سره ښه ځواب وایي.

Infectious Esophagitis:

په دوه ډوله دی:

1. Viral Esophagitis:

یو شمېر وایرسونه، لکه Herpes Simplex Virus ستونی په التهاب اخته کوي.

د ناروغ په حاد اخته کېدو سره لومړی په سینه کې درد ، د بلع سره درد او Dysphagia منځته راځي.

Candida Esophagitis:

نــاروغ بــه لــه Odynophagia او Dysphagia څخــه ســر ټکــوي، د خــولې

Thrush هم شوني ده.
په اندوسکوپي کې به سوروالي سره يو ځای په ستوني کې ژېړ سپين Plagues تر سترګو شي.

***

لسم ځپرکی

Pain Epigastrium

د GI سیستم تر ټولو عام عرض د ګېډې د پورتنۍ برخې درد دی، چې د ښې څېړنې لپاره له ناروغ څخه سمه تاریخچه او سمې فزیکي کتنې ته ډېره اړتیا لیدل کېږي.

بشپړې پلټنې کله التراساونډ، Barium Studies او اندوسکوپي ډېرې اغېزمنې تمامېدای شي.

ډېر وختونه اړتیا موندل کېږي، چې په افت اخته شوې برخې څخه Biopsy واخیستل شي، دې کړنې د ترسره کولو لپاره اندوسکوپي تر ټولو ښه لار ده.

لاملونه:

1. Peptic Ulcer.
2. Gastritis.
3. Worm Infestation.
4. Carcinoma Stomach.
5. Esophagitis.
6. Cholecystitis.
7. Hepatitis.
8. Pancreatits.
9. Carcinoma Pancrease.
10. Myocardial Infarction.
11. Basal Pleurisy.

1.*Peptic Ulcer*:

دا ډول تپ د معدې په هغه برخو کې منځته راځي، چې له Acid سره په اړیکه کې وي، همدا راز اثنا عشر او معده یې تر ټولو عام اخته کېدونکي

ځایونه دي، یاده دې وي، چې د ستوني لاندینۍ برخه هم اخته کولای شي.
د معدې تپ ښایي د اسیدو د ډېرښت (Duodenal Ulcer) او یا هم د معدې د مخاطي برخې د افرازاتو د کمښت له کبله منځته راشي.
تر ټولو عام لاملونه چې معده په تپ اخته کوي، د Helicobacter Pyloris انتان او د NSAID درملو کارول دي، خو Zolinger Elison سنډروم ډېر د یادولو وړ نه دی، یانې 1/3 برخه جوړوي.
د H-Pylori په هکله بېلا بېلې تیورۍ موجودې دي، چې څه ډول د معدې تپ منځته راوړي.
د معدې تپ ناروغان به د معدې التهاب لري، چې له مخې یې د معدې نورمال افرازات کمښت مومي او د معدې تپ (Peptic Ulcer) منځته راوړي.
د اثنا عشر په تپ کې به د Antrum د برخې التهاب شتون لري، چې له مخې یې د Somatostatin D Cell کمېږي او د معدې افرازات له منځه ځي او اثنا عشر په تپ اخته کطږي.
بل مېکانېزم دا دی، چې Gastric Metaplasia د اثنا عشر په مخاطي برخه کې منځته راځي، نېغ په نېغه د H-Pylori انتان په وسیله منتن او ځایي تپ ته لار هواروي.
د NSAID درملو له کارولو سره د معدې د نورمال مخاطي افرازېدو مخه نیول کېږي او د معدې تپ ته لار هوارېږي.
د معدې تپ دردونه په Epigastrium کې احساسېږي، ناروغ خپله ګوته نېغ په نېغه د تپ له پاسه نیسي او درد ځای په ګوته کوي.

:Duodenal Ulcer

دا ډول تپ د هر وخت لپاره د اثنا عشر په لومړنۍ برخه کې منځته راځي.

اعراض:

1. درد د معدې په تشېدو سره ډېرېږي، چې د خوړو او Antacid سره له منځه ځي.
2. ځينې وختونه ناروغان د شپې په نيمايي برخه کې له خوبه وينښېږي او د درد احساس کوي (Nocturnal Pain).
3. هغه دردونه چې د سهار له خوا په معده کې احساسېږي، د معدې تپ ورته نه شو ويلی.

نښې:

د معدې Epigastrium برخه کې ځايي حساسوالی (Localized Tenderness) شته وي.

پلټنې:

1. Barium Meal د اثنا عشر بد شکلې او ټپونه را په ګوته کولای شي.
2. اندوسکوپي شته ټپ په ګوته کولای شي.

:Gastric Ulcer

1. خوړو پورې تړلي دردونه احساسېږي.
2. بنايي له خوړ سره ډېر يا هم له منځه لاړ شي.
3. Nocturnal دردونه عام نه وي.

نښې:

- د Epigastrium د برخې حساسوالی ډېره ښه نښه ده.

پلټنې:

1. د Barium Meal د ټپ ښودنه کولای شي.
2. اندوسکوپي د ټپ ښودنه کولای شي.
3. د خباثت د ځرګندولو لپاره Biopsy ډېره اړینه ده.

د معدې ټپ اختلاطات:

1. Bleeding.
2. Porforation.
3. Chronicity.
4. Gastirc Outlet Obstruction.

2. Gastritis:

د معدې التهاب تر ټولو عام افت دی، چې معدې اخته کوي، د دې افت په منځته راوړلو کې Helicobactor Pylori ډېره برخه اخلي.

اعراض:

1. د خوړو له خوړلو وروسته ناروغ د Epigastrium درد څخه سر ټکوي.
2. درد ځايي او ځرګندوي.

نښې:

- له خفيف تر شديد پورې حساسوالی به Epigastrium کې شته وي.

پلټنې:

1. اندوسکوپي کولای شي التهابي مخاطي برخه را په ګوته کړي.

2. Biopsy به د معدې التهاب او H.Pylori د شتون تشخیص تر ورو ستي بريده ورسوي.
3. تر ټولو ښه ازموينه په غايطه موادو کې د H.Pylori موندل دي، چې د درملنې وروسته بيا هم ازموينه له سره کېداى شي.

3. Worm Infestation:

د چينجيانو پېښې په ښېلا بېلو وګړو کې ډېرې ليدل شوي، چې د دې چينجيانو ډېر لاملونه د ګېډې درد منځته راوړي.
د Hook Worm چينجيانو ډېر دردونه معدې ټپ ته ورته ښه لري، ناروغ په روښانه توګه کمخونه ښکاري.
ښه تشخيص يې د غايطه موادو په لابراتواري ازموينو کولاى شو.

4. Carcinoma Stomach:

له 40 کلنۍ وروسته يې پېښې ډېرې تر سترګو کېږي، د Pernicious Anemia ناروغان د معدې په سرطاني حالت ډېر اخته کېږي.
د معدې سرطان پېښې د Partial Gastrictomy او Gastroenterostomy څخه وروسته ډېرې منځته راځي.

اعراض:

1. له 40 کلنۍ وروسته لومړی ناروغ کې له خوړو وروسته د اشتها کمښت او زړه بدوالى منځته راځي.
2. د وزن بايلل يې ډېر څرګند اعراض دي.
3. د ډوډۍ خوړلو وروسته د معدې پړسوب.

نښې:

1. ناروغ به خاسف وي.

2. د Epiastric برخه کې د کتلې جس کېدل.
3. په وروستيو حالتونو کې د لمفاوي غوټو غټوالی، د ځيګر غوټې او خبن د Metastatis له کبله.

پلټنې:

1. د Iron Deficiency کمخوني.
2. Barium Meal کې به د Filling Defect شته وي.
3. اندوسکوپي بـه د کتلـې او ټـپ ښـودنه وکـړي، د تشـخيص د وروستي کولو لپاره Biopsy تر ټولو ښه لار ده.

6. **Esophagitis:**

درد د سټرنوم شاوخوا (Retrosternal) يا د Sternum هډوکي په ښکتنۍ برخه کې احساسېږي، همدا راز درد د Epigastrium په برخه کې هم ځای په ځای کېدلی شي.

7. ***Cholecystitis***:

د صفراوي کڅوړې التهاب تـه Cholecystitis وايـي، ښـايي حـاد او يـا ځنډنی بڼه ولري، چې د صفرا تيږو سره يو ځای منځته راځي.

اعراض:

1. پــه ښــي Hypochondrium او Epigastrum کــې شــديد درد، کـوليکي ډولـه وي، لـېکن شـدت يـې د برښـت مـومي، چـې پـه وروستيو کې د ګېډې په ښي پورتنۍ برخه کې ځای په ځای کېږي.
2. درد اوږې او د Scapula د څوکې خوا ته خپرېږي.
3. کانګې، تبه، نارامي او خولې کېدل.

نښې:

1. ښايي ناروغ د زېړي تاريخچه ولري.
2. Murphy's Sign به مثبت وي.
3. په حاد صفرا التهاب کې به د صفرا کڅوړه ښه حس کېږي.

په ځنډني صفرا التهار کې صفرا کڅوړه فايبروزس راټوله شوې او نه جس کېدونکې وی.

پلټنې:

1. TLC به لوړه وي.
2. په Plain ايکسری کې به 10 سلنه د Radio-Opague تيږې وليدا ی شي.
3. USG د صفرا تيږو او د صفرا کڅوړې د ډبلوالي په اړوند مالومات راکولی شي.
4. HIDA سکن کی د صفرا د دندې د خرابوالي په هکله مالومات راکولی شي.

7. Hepatitis:

د پانکراس التهاب ته وايي، چې ښايي حاد او يا ځنډنۍ بڼه ولري.

Acute Pancreatitis:

د صفرا تيږو او الکولو سره ډېر ښت مومي.

اعراض:

1. په Epigastrium کې شديد درد احساسېږي، چې د ملا خواته هم خپرېدا ی شي.

2. درد ټولې ګېډې ته هم خپرېدای شي.
3. درد په Supin بڼه خملاستو سره ډېرېږي.
4. د زړه بدوالي او کانګې عامې وي.
5. د ګېډې پړسوب د Chemical Peritonitis ښودنه کوي.

نښې:

1. ناروغ به په وېره او خپګان کې وي.
2. تر 3-1 ورځو پورې د سیروم امایلز کچه لوړه پاتې کېږي، چې نورماله کچه یې (60-180U/L) ښه تشخیص غوره کوي.
3. د سیروم لایپېز (Lipase) کچه تر 2-1 اوونیو لوړه پاتې کېږي، چې د Lipase او Trypsin د کچې لوړوالی ښه تشخیصي نښه ده.
4. د سیروم کلسیم کچه ټیټېږي.
5. په لومړیو څو ورځو کې Hyperglycemia عامه وي.
6. د ځبن مایع به Exudative وي، د ځبن مایع د Amylase فعالیت به ډېر لوړ وي، یانې تر (>20.000U/L) وي.
7. په نیمایي ناروغانو کې تر ټولو ښه تشخیص د Plain ایکسرې په واسطه کولی شو.
8. په USG کې د پانکراس غټوالی، ځبن، د صفرا تیږې، کاذب سیستونه، ابسې او وینه بهېدنه ډېر ښه مالومېږي.
9. CTscan تر ټولو ښه ازموینه ده، چې د پانکراس التهاب را په ګوته کړي.

د پانکراس حاد التهاب ته مساعد کوونکي فکتورونه:

1. Gallstones.
2. Alcohol.

3. Hyperlipidemmia.
4. ERCP.
5. Fulminant Hepatic Failure.
6. Abdominal Trauma.
7. Hyper calcemia.

د پانکراس حاد التهاب اختلاطات:

1. Shock & Renal Failure.
2. Adult Respiratory Disterss Syndrome.
3. GI Hemorrhage from Gastric Erosions.
4. Pancreatic Phlegmon, Necrosis, Abscess.
5. Pseudocyst of Pancrease.

:Chronic Pancreatitis

پانکراس د حاد التهاب له حاد پرله پسې حملو وروسته ځنډنی پانکراس التهاب سر راپورته کوي، په 25 سلنه ناروغانو کې د الکولو څښلو وروسته پانکراس په ځنډني التهاب اوړي.

اعراض:

1. د Epigastric د برخې پرلپسې دردونه، چې هره اوونۍ هره میاشت یې په ځانګړنو کې تغیر منځته راتلی شي.
2. د الکولو او خوړو له خوړلو وروسته دردونه ډېرېږي.
3. درد له ورځو تر اوونیو غځېږي.
4. درد د ملا خواته هم خپرېږي.
5. درد په ملا د څملاستو وروسته یو څه ارامښت کوي.
6. درد له Anticid سره کمښت نه کوي.
7. ناروغ به شکر یا Malabsorption لري.

نښې:

1. ناروغ به سوء تغذیه وي.
2. په ګېډه به خفیف خپور شوی حساسوالی شته وي.
3. د Common Bile Duct د بندښت له کبله به ناروغ زېړی لري.

پلټنې:

1. د سیروم امایلېز او Lipase کچه ډېرښت نه کوي.
2. په کمو ناروغانو کې به د پانکراس Calcification تر سترګو شي.
3. ERCP به د Pancreatic Duct او Psdudocyst ښودنه وکړي.
4. CT/USG بـه د غـونجې شـوې او کـوچنۍ شـوې پـانکراس کڅـوړې ښودنه وکړي.
5. په ځینو ناروغانو کې د وینې ګلوکوز، Serum Bilicubin Serum Alkalin Phosphatose او Malabsorption ازموینې غیر نورمال وي.

9. *Carcinoma Pancrease:*

درد په Epigastrium کې وي، چې د ملا خواته هم خپرېدای شي، په څرګند ډول به د اشتها کمښت او د وزن بایلل ترسترګو کېږي.
په CT او التراساونډ کې د پانکراس کتلې لیدلی شو.

10. *Myocardial Infarction:*

- Inferior Wall مړینه به د Epigastrium پـه دردونو کـې د کومـو څرګندو کلنیکي ښنو پرته احساسېږي.
- که کوم بل ځانګړی او په سترګو لیدلی افت نه تر سـترګو کېـده، نـاروغ تـه ECG ډېره اړینه ده.

11. Basal Pleurisy:

- درد د ساه اخیستلو او ټوخي سره ډېرېږي.
- Pleural Rub به شته وي.
- د ټوګل ایکسری به د Consolidation او Effusion ښودنه وکړي.

Worm Infestation:

Hook Worm:

Ancylostom Duodenale په اثنا عشر او Jejunum کې ژوند کوي، 1cm اوږدوالی لري، چې هګۍ یې له غایطه موادو سره د باندې اوځي.

اعراض:

1. د ناروغ د ګېډې د پورتنۍ برخې درد لري.
2. کانګې او نس ناستی.
3. د کمخونۍ اعراض.
4. ناروغ به خاسف وي.
5. د ګېډې د پورتنۍ برخې حساسوالی.

پلټنې:

1. Hypochromic او Microcytic کمخوني به شته وي.
2. Esoinophile کچه به ^{3}5000/mm< وي.

د ګېډې درد لاملونه:

1) Gastrointestinal
a) Gastroenteritis
b) Appendicitis

c(Intestinal obstruction
d(Peritonitis
e(Irritable bowel syndrome
f(Mesenteric vascular obstruction

2(Renal
a(Renal pain
i(Pyelonephritis
ii(Hydronephrosis
b(Urteric colic

3(Obstetric/gynecologic
a(Dysmenorrhea
b(Pelvic inflammatory disease
c(Salphangitis
d(Threatened abortion
e(Rupture ectopic pregnancy
f(Endometriosis

4(Others
a(DKA
b(Herpes zoster
c(Addisonian crisis

❊❊❊

یوولسم څپرکی

پرلپسې او بیا راګرځېدنکې کانګې

Persistent/ Recurent Vomiting

کانګې یو عام او نه ځرګند پدونکی عرض ده، چې د ناځرګندو لاملونو لـه کبله هم منځته راتلی شي، که کانګې پرلپسې اوسي، پـه هکله یـو پلټنې ډېرې اړینې دي.

د کانګو ځینې لاملونه په لاندې ډول یادوو:

لاملونه:

1. Chronic Renal Failure.
2. Raised Intra Cranial Pressure.
3. Labyrinthine Disorders.
4. Gastric Outle Obstruction.
5. Subacute Intestinl Obstruction.
6. Pregnancy.
7. Postgastric Surgery.
8. Achalasia.
9. Food Allergy.
10. Psychogenic.

1. *Chronic Renal Failure:*

د پښتورګو د نورمال دندو لـه منځـه تللو تـه وایي، د پښتورګو د دندو د خرابوالي له کبله به بدن کې نور بېلا بېل اعراض هم منځته راځي.

Uremia یـو کلینیکي او لابراتـواري سندروم دی، چې د پښتورګو د عـدم کفایې د درملنې له کبله ډېر پېښېږي.

لاملونه:

1. Chronic Glomerulonephritis.
2. Bilateral Chronic Pyelonephritis.
3. Diabetic Nephropathy.
4. Hypertension.
5. Obstructive Uropathy.
6. Drugs (Heavy Metals. Analgesics).
7. Systemic Lupus Erythematosis.
8. Polyarteritis Nodosa.
9. Scleroderma.
10. Polycystic Kidney Disease.
11. Hypercalcemia.

اعراض:

1. بې اشتهایي او کانګې يې ځانګړي اعراض دي.
2. ناروغ به د شپې له مخې Polyuria لري (Nocturia).
3. ځينو ناروغانو کې Oliguria او Puffy مخ هم شته وي.
4. د Renal Colic، ادرار سوځېدنې او Hematuria نښې هم شته وي.
5. Pruritus.
6. د فشار لوړوالی او شکر.
7. د Hemostasis د خرابېدو له کبله د بدن له بېلا بېلو برخو وينه بهېدنه شته وي.

نښې:

1. ناروغ به خاسف وي.
2. د ناروغ مخ به Puffy وي.
3. Uremic Smell (یانې متیازو ته ورته بوی).

4. د وینې فشار لوړوالی.
5. د پښتورګو کتله جس کېدای شي.
6. Pericardial Rub هم اورېدل کېدای شي.

پلټنې:

1. هیموګلوبین به ټیټ وي، کمخوني به Normochromic او Norocytic وي.
2. په متیازو کې به Proteinuria، RBCs، Cell Puss او Cast شته وي.
3. د وینې یوریا او سیروم Creatinine به لوړه وي.
4. کلسیم به ښکته، فاسفیټ او Alkaline Phosphatase به لوړ وي.
5. په Radionuclide ازموینې به د پښتورګو کچه او دنده روښانه کړي.
6. په USG کې به د پښتورګو او د قشر کچه څرګنده شي.

همدا راز د Hydronephrosis، پښتورګو تیږې، پښتورګو کتلې، مثانې تیږې هم لیدلی شي.

د ګېډې په Plain ایکسری کې به uretric Stones هم ولیدای شي.

هغه فکتورونه چې د پښتورګو عدم کفایې له کبله کمخوني منځته راوړي:

1. Decreased Erythropoiesis Due to
a. Affect to Retained Toxins.
b. Diminished Synthesis of Erythropoietin by the Diseased Kidndys.
2. Hemolysis.
3. Iron Deficiency Due to.
a. Poor Intake.
b. Impaired Intestinal Absorption of Iron.

4. Blood Loss Due to Increased Tendency.

د پښتورګو د ناروغیو وروستی کلنیکي بڼه:

1. Vomiting.
2. Hicough.
3. Pruritis.
4. Kusmaul's Respiration.
5. Uremic Smell in the Breath.
6. Pericardial Rub.
7. Muscular Twitching.
8. Fits.
9. Drowsiness.
10. Coma.
11. Hypotension.

2. *Raised Intra Cranial Pressure*:

د کوپړۍ د ننني فشار لوړوالي عمده لاملونه Tumor، Abscess او Hematoma بلل شوی.

اعراض:

1. د سر خوږ د تر ټولو بارز عرض دی، چې د کوپړۍ د فشار په لوړوالي کې منځته راځي، خو د خوږ د سهار له مخې ټوخی، سر ټیټولو او په لوړ اواز خبرو کولو کې ډېرښت مومي.
2. پرته له دې چې زړه بدوالی احساس شي، انې ډول سره کانګې منځته راځي؛ ځکه چې د دماغ په Medula کې د کانګو مرکز تنبه شوی وي.
3. ناروغ کې به د میرګي او نیورولوژیک ستونزې هم منځته راشي.

نښې:

1. د Cushing reflex نښــې، لکــه Bradycardia، Hypertension او غیر منظم ساه اخیستل.
2. Papilledema عـامه ده.
3. د هوش کچه زیاتمنبږي.
4. د شپږم عصب د فلج نښې هم راڅرګند پدای شي.

پلټنې:

1. د کــوپړۍ ایکســرۍ بــه د Calcification نښــې را پــه ګوتــه کــړي، د Pituitary تشـه به یو څه لویه شوې وي.
2. د CT او MRI په وسیله د افت اصلي ځای ټاکلی شو.

3. *Labyrinthine Disorders:*

لاملونـه:

1. Vestibular Neuronitis.
2. Acoustic Neurome.
3. Meniere's Disease.
4. Head Injury.
5. Drugs (Streptomycin, Salicylates).

اعراض:

1. کانګې د سربډالی، ګنګسـیت او وضـعیت لـه تـوپیر سـره یـو ځـای وي.
2. Tinitus او کونوالی ښایي شتون ولري.

نښې:

1. ګنګسیت، زړه بدوالی، کانګې له سر خوځولو سره ډېرېږي.
2. ناروغ به کوڼ وي.
3. Positional nystagmous نښا يي موجود وی.

پلټنې:

د وضعیت د دندې څرنګوالی د Caloric ټیسټ په مټ کوو.

4. *Gastric Outlet Obstruction:*

ځانګړې لاملونه يې د اثنا عشر څنډني ټپونه او Carcinoma بللی شو.
د معدې ټپ (Peptic Ulcer) پېښنو کې د Pyloric Canal بندښت د پړسوب Spasm او فایبروزس له کبله منځته راځي.

اعراض:

1. د پرلپسې کانګو تاریخچه به شته وي.
2. د کانګو کچه به ډېره او بد بويه وي.
3. له کانګو وروسته ناروغ يو څه ارامښت احساسوي.
4. ناروغ خپل وزن له لاسه ورکوي.
5. په تېرو وختونو کې د اثنا عشر د ټپ تاریخچه شته وي.

نښې:

1. ناروغ به کمزوری او Dehydrated وي.
2. په Epigastrium کې له کیڼ څخه ښي اړخ ته Peristaltic خوځښتونه شته وي.
3. Succussion Splash به شته وي.

پلټنې:

1. د سهار له مخې د معدې محتویاتو ایستلو پرمهال کچه له 100ml څخه نه ډیرېږي.
2. Barium Meal به د پراخې معدې ننبې را په ګوته کړي.
3. انډوسکوپي د اثنا عشر د تنګوالي ښودنه کولای شي.

5. Subacute Interstinal Obstruction:

1. ناروغ به په پرلپسې ډول د ګېډې پړسوب، کانګې او قبضیت لري.
2. د کولمو خوځښتونه به Stepladder ډول وي.
3. د کولمو اوازونه ډیرښت مومي.
4. د ګېډې په Plain ایکسرې کې به Air- Fluid Levels او د ګېډې پړسوب تر سترګو شي.

6. Pregnancy:

1. د Amenorrhea تاریخچه به شته وي.
2. د سهار له مخې ناروغ کانګې لري.
3. د حاملګی ازموینه او USG او وروستی تشخیص ټاکي.

7. Postgastric Surgery:

1. د معدې له جراحي عملیات وروسته ناروغ کې کانګې منځته راځي.
2. ښه تشخیص له تاریخچې وروسته ټاکلی شو.

8. Achalasia:

که څه هم Dysphagia یې عام عرض دی، خو په ناروغ کې کانګې ډیرې وي.

9. Food Allergy:

1. کانګې له تاکلو خوړو وروسته منځته راځي.
2. لـه نـورو الرژیکـو غبرګـونـو وروسـتـه لکـه Urticaria، Rhinitis، Asthma.

10. Psychogenic Vomiting:

1. له وزن بایللو پرته په ناورغ کې تر ډېر وخته د کانګو تاریخچه شته وي.
2. کلنیکي کتنې به نورمال وي، خو ناروغ بـه هیجـاني او احسـاساتي ډوله وي.

RENAL OSTEODYSTROPHY

1. د پښتورګو په عدم کفایه کی د فاسفت اطراح خرابیږی او سیروم کچـه لـوړیږی او د کلسـیوم سره وصلیږی د هـایپو کلسـیمیا لامـل کیږی.
2. د پښتوګو په عدم کفایه کی ویتـامین ډی پـه فعـال شـکل بانـدی نـه بدلیږی Dihydrochlecalciferol خرابیږی چی ددی دخرابـوالی دلاری د کولمـو څخـه کلسـیوم نـه جذبیږی د هـایپو کلسـیمیا لامـل کیږی.
3. هـایپو کلسـیمیا پاراتائیروئیـد هورمـون افـراز تنبـه کـوی چـی د ثانوی هایپر پارا تایرودیزم لامل کیږی.
4. په renal osteodystrophy کی دهډوکو بدلونونه

a. Osteomalacia (due to low Dihydrochlecalciferol)
b. Oseitis fibrosa cystica (due to secondary hyperparathyroidism)
c. Osteosclerosis

Causes of renal failure due to obstructive uropathy

1. Renal stone
2. Tumor
3. Prostat hypertrophy
4. Bladder neck obstruction

د Hypercalcemia لاملونه:

1. Primary Hyperparathydroidism.
2. Bone Metastase.
3. Multiple Myeloma.
4. Over Dosage with Vitamin D.
5. Hyperthyroidism.

پښتورګي په لاندې حالتونو کې جس کېږي:

1. Hydronephrosis.
2. Pyonephrosis.
3. Renal Cell Carcinoma.
4. Polycystic Kidneys.

Diabetic nephropathy

1. ددیابیتیک ریتینو پاتی سره یوځایي وی
2. مهم کلینیکی څرګندونی یي microalbuminurea دی) ۲۴ساعته راټول شوی تشو متیازو کی البومین ۳۰-۳۰۰ ملیګرامه یا 30-300µg/ 1mg of urine creatinin
3. څو کاله وروسته overt albuminurea بدلیږی.

❊❊❊

دولسم څپرکی

په کانګو کې وینه / په غایطه موادو کې وینه

Hematemesis/ Melena

Hematemesis مانا وینه لرونکې کانګې، چې د معدې له اسیدو سره یو ځای تور رنګه، تیاره رنګ لري، ښايي چې له خوړو سره هم ګډې وي.
کله چې د یو وخت لپاره په معده کې خواړه پاتې شي هضمېږي او نصواري رنګ اختیاروي، چې بڼه یې قهوه رنګه یا (Coffee Grounds) په څېر وي.
د Hematemesis وینه بهېدنه د GI سیستم د پورتنیو برخو پاتې له Lig Treitz څخه پورته برخو Esophagus، معده او اثنا عشر څخه وي.
Melena مانا تور رنګه، بدبویه غایطه مواد، چې په کولمو کې له 14 ساعتو څخه وربانديې ډېر وخت تېر شوی وي.
ډېر وختونه داسې هم شونې ده، چې د Hematemesis له کبله وګړي پر Melena اخته شي.
ښايي چې ناروغ د شاک په حالت کې اوسي، د دماغي Anaxia له کبله ناروغ نارامه، خپه او ځای نه پېژندونکی شوی وي.
د وینې بهېدنې له کبله د وینې فشار، نبض او د ادرار اطراح تر ټولو ښه کلینیکي تشخیص ایښودلی شي، چې Tachycardia، د وینې فشار ټیټوالی او د ادرار کمښت د وینې بهېدنې په ډېرښت دلالت کوي.
دې لپاره چې وروستي او بشپړ تشخیص ته ځان ورسوو، ناروغ ته د GI Endoscopy د 24 ساعتو په اوږدو کې ترسره کوو، چې له مخې یې کوچني

افتونه، د معدي قرحات، د معدي ثيري کېدنه او نور را په ګوته کولای شي.

لاملونه:

1. Peptic Ulcer.
2. Esophageal Uarices.
3. Fundal Varices.
4. Erosive Gastritis.
5. Esophagitis.
6. Mallory Weiss Syndrome.
7. Carcinoma Stomach.
8. Hereditary Hemorrhagic Telengiectasis.
9. Bleeding Disorder.

1. Peptic Ulcer:

د معدي ټپونه په نړۍ کې تر ټولو ډېري پېښې د Melena او Hematemesis جوړوي.

2. Esophageal Varices:

د هضمي سيستم د پورتنيو برخو د ويني بهيدني ډېري پېښي د Esophageal Varices جوړوي، چې په مرۍ کې د رګونو د پړسوب له کبله منځته راځي.

د پورټل سيستم او سيستميک وريدونو ترمنځ ګډي اړيکي د دې رګونو د پراخه کېدو سبب ګرځي او Portal Hypertension منځته راوړي.

د Portal Hypertension تر ټولو عالم لامل د ځيګر Cirrhosis دی.

Varices د معدي په Fundus کې هم منځته راځي، چې ډېره شديده وينه بهېدنه به لري.

اعراض:

1. Hematemesis به ډېر او پرلپسې وي.
2. د ناروغ ګېډه به د خبن (Ascitis) له کبله پړسېدلی وي.
3. ناروغ په تېر عمر کې د زېړي Jaundice تاریخچه ولري.
4. Hematemesis ښايي، چې د Cirrhosis لومړنی کلنیکي عرض وي.

نښې:

د Cirrhosis نښې به شتون ولري.

پلټنې:

1. وروستی تشخیص د Endoscopy په وسیله کولای شو.
2. د Hematemesis پرمهال د ګېډې جس کول د معدې او اثنا عشر د ټپونو لپاره ډېر اړین او پرځای ګام دی، د معدې د Fundus د برخې Varices هم له پامه ونه ایستل شي.

3. Erosive Gastritis:

دا مهال به د معدې له التهاب سره یو ځای د معدې د مخاطي طبقې ډېرې برخې په Erosion اخته شوې وي.

اعراض:

1. ناروغ به د Epigastric ناحیې له درد سره یوځای یا پرته له درده Hematemesis ولري.
2. د درملو د کارولو تاریخچه به مثبت وي.

نښې:

- د Epigastrium په برخه کې به حساسوالی شتون ولري.

لاملونه:

A. Drug.
1. Aspirin / NSAIDs.
2. Theophylline.
3. Potassium Chlorid.

B. Stress.
1. Head Injury.
2. Shock.
3. Trauma.
4. Burns.
5. Sepsis.
6. Hepatic Encephalopathy.

پلټنې:

په اندوسکوپي کې به د مخاطي غشا له پاسه تازه وینه بهېدونکي کوچني، افتونه تر سترګو شي.

4. Esophagitis:

وینه بهېدنه د Esophagitis تر ټولو عام اختلاط دی، چې Melena یې عامه نښه ده.

5. Mallory Weiss Syndrome:

په ناروغانو کې د پرلپسې شدیدو کانګو له کبله د معدې او مرۍ (Gastro-Esophageal) ګډ ترون ځای (Junction) خیري کېږي، چې دې حالت ته Mallory Weiss Syndrome وایي.

اعراض:

له Hematemesis **څخه** دمخه به ناروغان د پرلپسې کانګو تاریخچه ولري.

نښې:

- په Epigastrium ناحیه کې به رونبانه حساسوالی پروت وي.

پلټنې:

- اندوسکوپي کولای شي، چې وروسته تشخیص وټاکي.

6. Carcinoma Stomach:

د معدې په سرطان کې Hematemesis کوم ځانګړی رول نه لري.

7. Hereditrary Hemorrhagic Talangiectasis:

په دې افت کې Hematemesis رول لري، چې وروستی تشخيص يې د اندوسکوپي په وسيله ترسره کوو.

8. Bleeding Disorder:

که ناروغ د بېلا بېلو برخو څخه وينه بهېدنه درلودله، تشخيص په خپله روښانه او وتاکل شي، يانې د اړونده پلټنو له مخې ځان تشخيص ته ورسوو.

❋❋❋

دیارلسم څپرکی

له مقعد څخه د وینې راتګ

Bleeding Per Rectum

کله چې یو ناروغ له مقعد څخه تازه وینه بهېدنه ولري، نو تاسو له هغه څخه وپوښتئ، چې وینه له تغوط څخه وړاندې او که وروسته منځته راغلې دا هم پوښتنه وکړئ، چې وینه د غایطه موادو سره ګډه شوې او که د غایطه موادو له پاسه پرته وي.

لاملونه:

1. Carcinoma Colon.
2. Polyp.
3. Hemorrhoids.
4. Anal Fisure/ Fistula.
5. Ulcerative Colitis / Corhn's Disease.
6. Arterio Venus Malformation.
7. Ischemic Colitis.
8. Bleeding Disorder.
9. Rapid Transit of Upper Gastrointestinal Bleeding.

1. *Carcinoma Colon:*

په هغه ډېر عمر لرونکو وګړو کې د کولون د سرطان پېښې ډېرې وي، چې د اوږد مهاله Ulcerative Colitis او Familial Polyposis تاریخچه ولري، خو د ځینو Adenomatos Plyps پېښې په ځوانو وګړو کې ډېرې منځته راځي.

اعراض:

1. د مقعد سرطان به له مقعد څخه د وينې بهېدنې او Tenesmus سره يو ځای وي.
2. د کيڼ کولون (Left Colon) سرطاني پېښې په حاد او تحت حاد بندښتونو، لکه قبضيت، کوليکي دردونه او نورو له کبله د وينې بهېدنې سره يو ځای پېښېږي.
3. د ښي کولون (Right Colon) سرطانونه د کمخونۍ، وزن بايللو، نس ناستي او قبضيت له کبله منځته راتلای شي.
4. د پورته ټولو ستونزو درلودونکي کسان په تېره هغه چې له 40 کلنۍ ډېر عمر ولري، پوره وپلټل شي، ترڅو چې بشپړ او پرځای تشخيص غوره کړل شيي.

نښې:

1. ناروغ به ډېر خاسف ښکاري او په وروستيو کې کمزوري ډېرېږي.
2. د مقعد په Digital Examination کې به تومور د جس وړ وي.

پلټنې:

1. Hemoglobin به ټيټ ياني کمخوني او د اوسپنې کمښت شتون ولري.
2. ESR به لوړ شوی وي.
3. Barium Enema کې به Filling Defect موجود وي.
4. که د وروستي تشخيص لپاره د لاندې کړنلارو په وسيله Biopsy واخيستل شي، نو تشخيص به بالکل وټاکل شي.
5. Colonoscopy/ Singmoido/ Procto.

6. Occult Blood په غایطه موادو کې د بېلا بېلو ازموینو په وسیله ولیدای شي، له 10 سلنې څخه لږو پېښو کې د Occult Blood مثبتې پېښې پر کولون سرطان ښودنه کولای شي.

2. د کولون Polyp:

په اروپا کې له مقعد څخه د وینې راتګ ډېره پېښې د Polyp له کبله منځته راځي، چې Poly له سلیم حالت څخه خبیث حالت ته اوړېدلی شي. په کورني تاریخچه لرونکو Polypsis Colon کې 100 سلنه پېښې خباثت ته اوړي.

اعراض:

- ناروغان ځوانان وي، چې له مقعد څخه وینه بهېدنه لري، ښایي چې وینه بهېدنه لري، ښایي چې وینه بهېدنه پرلپسې وي.

نښې:

کومه ځانګړې فزیکي نښه د لیدلو وړ نه وي، خو یوازې به ناروغ خاسف (Pale) رنګ ولري.

پلټنې:

- ښه تشخیص یې د Barium Enema ، Procto / Sigmoido او Colonoscopy په وسیله کولای شو، خو د خباثت (Malignancy) د څرګندولو لپاره Biopsy ته ډېره اړتیا موندل کېږي.

3. Hemorrhoids:

د مقعد په شاو خوا کې به غښتلي رګونه منځته راغلي وي، په ډېر عمره وګړو کې د بواسیرو پېښې له وینې بهېدنې سره ډېرې وي.

اعراض:

1. له مقعد څخه وینه بهېدنه هغه مهال ډېرښت مومي، چې کلک غایطه مواد له مقعد څخه تېر شي.
2. د غایطه موادو په یوه برخه د وینې خیال ښکاري، ځینې وختونه له تشناب کاغذ سره هم وینه نښتې او په ځینو وختونو کې د وینې کچه ډېرښت مومي.

نبني:

- د مقعد فزیکي معاینه به نورمال وي، خو د بواسیرو د شتون پرمهال جس کېدلی شي.

پلټنې:

- بواسیر (Hemorrhoids) په ډېر اسانۍ سره د Proctoscope په وسیله لیدای کېږي.

4. Anal Fissure/ Fistula:

اعراض:

- ناروغ د تغوط پرمهال له درد څخه سر ټکوي، چې غایطه موادو سره به د وینې څرګند خیالونه ولیدای شي.

نبني:

- افت په ډېره اسانۍ سره د Proctoscopy په وسیله لیدای شو، خو ډېره هڅه وکړئ، چې د Proctoscopy کړنه ډېر په احتیاط ترسره شي، ځکه ساحه دردناکه وي.

5. Ulcerative Colitive/ Crohn's Disease:

د کولمو التهابي ناروغۍ هم هغه حالت ته وایي، چې نس ناستی له وینې سره یو ځای وي، دلته به په روښانه توګه له مقعد څخه وینه ځي.

6. Arteriovenous Malformation:

Angiodysplasia د کوچنیو اوعیو یوه استحالوي ګډوډي ده، چې د کولون هره برخه اخته کولای شي.

وینه بهېدنه له مقعد څخه په پرلپسې توګه شته وي، خو له یاده ونه ایستل

شي، چې Barium Enema او Colonoscopy معاینات بالکل نورمال وي، یوازې د Angiography په وسیله ښه تشخیص ایښودلی شو.

7. Ischemic Colitis:

دا ستونزه په ځوانو وګړو، په تېره هغو کې چې Atherosclerosis ولري ډېرې منځته راځي، ډېر Splenic Flexure او Descendig Colon اخته کوي.

اعراض:

1. ناروغ به د ګېډې د ښکتنۍ برخې شدید دردونه لري.
2. زړه بدوالی او کانګې عام دي.
3. اعراض یې نس ناستی او وینې بهېدنې سره غبرګ کېږي.

نښې:

1. د وینې فشار ټیټېږي.
2. په کیڼ Iliac خالیګاه کې څرګند حساسوالی.

پلټنې:

1. د ګېډې X-Ray Plan به Thumb Printing نښه د Splenic Flexure او Decending Colon په برخه کې د پړسوب او Submucosal وینې بهېدنې له کبله موجود وي.
2. Barium Enema هم د Thumb Printing نښه را په ګوته کولای شي.
3. Colonoscopy ښایي چې Ulceration وښیي، چې د Submucosa د برخې وینه بهېدنه هم په اسانۍ تاکل کېږي.

8. Bleeding Disorders:

ځینې وختونه یوازې له مقعد څخه وینه بهېدنه یې پیلیزې نښې جوړوي.

9. Rapid Transit of uppr Gastrointestinal Bleeding:

د کولمو د پورتنۍ برخې وینه بهېدنه په ډېرو حالتونو کې د Melena په ډول راڅرګندېږي، وینه باید 14 ساعته وروسته د Melena په نوم وپېژندل شي، خو که وینه بهېدنه په چټکتیا سره له کولمو څخه را روانه شوې وي، وینه به تازه او سور رنګه وي.

څوارلسم څپرکی

حاد نس ناستی

Acute Diarrhea

د تغوط د شمېر کچه په بېلا بېلو وګړو کې توپير لري، خو نورمال حالت به وګړو کې د نس ناستي يا هم قبضيت له کبله توپير مومي.

لاملونه:

A. Diarrhea Without Blood.

1. Viral Gastroenteritis.
2. Food Poisoning Except Bacterial Infection.
3. Giardia Lamblia.
4. Cholera.
5. Traveller's Diarrhea.
6. Spurious Diarhea.

B. Diarrhea with Blood.

1. Food Poisning (Bacterial Infection).
2. Bacterial Dysenteyr.
3. Amebic Dysentery.
4. Ulcerative Colitis/ Crohn's Disease (First Attack).
5. Pseudomembranous Colitis.
6. Yersinia Enterocolitica Colitis.
7. Ischemic Colitis.

نس ناستی په دې مانا چې نورمال غايطه مواد خپله بڼه نرم او اوبيز ډول ته واړوي، په اوونۍ کې له 2 ځلو څخه کم نس ناستي ته حاد نس ناستی وايي، په اووني کې 4-2 ځلو پورې نس ناستي ته پرله پسې نس ناستی

وايي، خو كه له څلورو ځلو څخه هم په اوونۍ كې د نس ناستي شمېره ډېره شوه، دې ډول ته ځنډنۍ نس ناستی وايي.
له مقعد څخه كلكو غايطه موادو تېرېدو ته قبضيت وايي.
شديد نس ناستی (له كانګو سره يو ځای يا پرته كانګو) Dehydration منځته راوړي، همدارنګه له كولمو څخه د افرازېدونكو مايعاتو ضياع، چې په ډېره كچه سره پوتاشيم لري، هم سبب ګرځي، چې په ناروغ Hypokalemia منځته راوړي.
كه په خپل وخت سره ناروغ ته مايعات او الكتروليت ورنه كړل شي، نو فشار ټيټېږي او د پښتورګو د عدم كفايه منځته راوړي.

له وينې څخه پرته نس ناستی / Diarrhea without Blood:

:Viral Gastroenteritis

په ماشومانو كې د حاد نس ناستي ځانګړی لامل جوړوي، خپله ښه كېدونكې ناروغي ده، چې په 48 ساعتو كې له منځه ځي.

اعراض:

1. ناروغ به كانګې او نس ناستی لري.
2. غايطه مواد به اوبيز وي.
3. تبه شتون نه لري.

نښې:

له Dehydration څخه پرته كومه بله نښه نه تر سترګو كېږي.

د Dehydration نښې:

1. Rapid, Low volume pulse.
2. Low Blood Pressure.

3. Sunken Eyes.
4. Dry Tongue.
5. Decreased Skin Elasticity.
6. Decreased Urine Output.

پلټنې:

1. غايطه موادو کې به او بيز تو ته ډوله بڼه تر سترګو کېږي.
2. وينه، مخاط او Puss Cell به شته وي.
3. Leukocyte شمېر به نورمال وي.

Food Poisoning خوړيز تسمم:

يو ډله ګډوډۍ دي، چې له نس ناستي او کانګو سره يو ځای د Gast Enteritis له کبله په 48 ساعتو کې منځته راځي. ځينې وختونه په غايطه موادو کې وينه او ځينو وختونو کې پرته له وينې نس ناستی د خوړيز تسمم سبب ګرځي. د تسمم پېښې په ټوليزه توګه په هوټلونو ، کورونو او بازارونو کې د ناپاکه او ملوثو خوړو له خوړلو وروسته منځته راځي.

لاملونه:

1. (Unripe Fruit. Shellfish) Allergy to Certain Foods.
2. (Arsenic) Chemical Poisons.
3. Bacterial Toxins.
a. Staphylococcus Aureus.
b. E.Coli (Enterotoxigenic).
c. Clostridia Perfringens.
d. Clostridia Botulinum.

اعراض:

Allergy to Food & Chemical Poisons:

1. له خوړو خوړلو کابو 30 دقیقې وروسته نس ناستی او کانګې.
2. تر 24 ساعتو وروسته رغېدنه منځته راځي.

Bacterial Toxins:

1. په هغه خوړو کې دا توکسین ډېر موندل شوی، چې سړيې بند وي.
2. له Staphylococcus Aureus تسمم وروسته بنه عرض کانګې دي.
3. د Clostridia Perfringens له کبله په تسمم شوو وګړو کې د ګېډې درد او نس ناستي سره یو ځایکانګې هم شته وي.
4. له Clostridia Botulinum څخه منځته راغلي تسمم ته (Botulism) وايي، پرته له کانګو په ناروغ کې کمزوري، عضلاتو سستوالی، د سترګو او حنجرې عضلاتو کمزوري او نس نه اعراض دي.

نبښې:

ناروغ Dehydrated ښکاري.

پلټنې:

- د خوړیزو الرژیکو موادو، کیمیاوي موادو او بکتریايي توکسین له کبله نس ناستی په غایطه موادو کې مخاط او Puss Cell نه لري.

Giardiasis:

له Giardia Lamblia نومې پروتوزوا څخه منځته راځي، ډېره عامه ناروغي ده،

چې د خولې او غایطه موادو له لارې لېږدي، حاده او ځنډنۍ بڼه لري.

اعراض:

1. نس ناستی، د ګېډې درد ، Belching او نفخ به شته وي.
2. زړه بدوالی او کانګې عام اعراض دي.

نبنې:

1. ناروغ به Dehydrated وي.
2. کومه بله ځانګړې او تر سترګو کېدونکې نښه نه شته.

پلټنې:

په غایطه موادو کې Cysts د مایکروسکوپ لاندې لیدلی شو.

:Cholera

د Vibrio Cholerae د Enterotoxins له کبله منځته راځي، په Epidemic ډول خپرېږي، چې د غایطه او خولې لېږ یې د یادولو وړ ده.
د تفریح دوره یې له څو ساعتو تر پنځو ورځو پورې ده.

اعراض:

1. شدید نس ناستی، د ګېډې له درد پرته شته وي، د غایطه موادو بڼه سپین رنګه یاني وریجو ته وي.
2. کانګې به شدیدې وي.
3. تبه نه وي.

نبنې:

1. ناروغ به Dehydrat وي.

2. کومه بله نښه نه تر سترګو کېږي.

پلټنې:

1. غایطه مود په بېړنۍ ډول سره لابراتوار ته واستول شي او د Vibrio بسیل په کې څرګند شي.
2. د ارګانېزم کتنه په اسانۍ سره د کرنې (Culture) له لارې کېدلی شي.

:Traveller’s Diarrhea

1. د نس ناستي یوه لنډه دوره منځته راځي.
2. 5-2 ورځو هم غځېدای شي.
3. د ګېډې دردونه، کانګې او د اشتها نه شتون.
4. تبه هم ښايي شته وي.
5. E.coli او Shigella يې د ياد وړ ارګانېزمونه دي.

:Spurious Diarrhea

د نس ناستي په دې ډول د ناروغ د ګېډې له پاسه د جس او یا هم د مقعد د معاینې له لارې کلکې ټوټې د غایطه موادو جس کېږي.

وينه لرونکی نس ناستی

Diarrhea with Blood

خوږيز تسمم:

بکتريايي انتانات:

په بکتريا ککړ شوي خواړه په اني توګه کولای شي نس ناستی رامنځته کړي. ډېرې عام بکتريا ګانې يې Salmonella Typhimurium، Campylobacter Jejuni، Enterohemorrhagic او E.coli دي.

له تسمم څخه 12-48 ساعته وروسته اعراض منځته راځي، چې ناروغ د څو ورځو پورې همداسې ناروغ ډوله ښکاري.

اعراض:

1. نس ناستی به کم يا ډېر وي، خو وينه به ورسره وي.
2. کانګې به شته وي.
3. تبه او د ګېډې درد عام اعراض دي.
4. د Salmonella Typhimurum انتاناتو له کبله ناروغ کې Septicemia منځته راځي، چې له مخې يې ښايي Osteomyelitis، Arthritis او Meningitis ته هم لاره هواره شي.
5. په Campylobacter Jejuni کې د سر خوږ عام عرض دی.

نښې:

1. ناروغ به Dehydrated وي.
2. د تودوخې درجه لوړېږي.

پلټنې:

1. په بکتریایي انتاناتو کې غایطه مواد وینه او مخاط لري، خو Puss Cell نه لري، په داسې حال کې چې په Bacillary Dysentery کې په ډېره کچه Puss Cell شتون لري.
2. په غایطه موادو کې د مایکروسکوپ لاندې خوځنده Campylobacter تر سترګو کېږي.
3. په اسانۍ سره د غایطه موادو په کرنه کې Salmonella او Campylobacter تر سترګو کېداى شي.
4. په شدیدو پېښو کې له وینې هم کلچر اخیستل کېږي.

:Dysentery

د Entamba Hisolytica له کبله منځته راځي.

اعراض:

1. تدریجي منځته راځي (ځینو وختونو کې حاد هم وي).
2. ورو تر شدید پورې دردونه ګېډه کې منځته راتلى شي.
3. ناروغ 4-6/day ځلې تغوط کوي، بدبویه، وینه او مخاط به له غایطه موادو سره ګډ شوي وي.
4. تبه عامه نه ده، خو که وي هم ټیټه درجه سره به وي.
5. Dehydration عام نه دی.

پلټنې:

1. په مایکروسکوپ کې به د غایطه موادو منځ کې Puss Cell شتون یا هم کم وي.

2. تر ټولو غوره ده، چې تازه او ګرم غایطه مواد لابراتوار ته ولېږدول شي.
3. په Sigmoidoscopy کې به څو څو ځایه د کولمو له پاسه ټپونه تر سترګو شي، که د ټپ له برخې څخه Biopsy واخیستل شي، نو په رونښانه ډول به Trophozoit تر سترګو شي.
4. ELIZA ټیسټ به مثبت وي.

:Bacillary Dysentery

لامل یې Shigella بلل شوی، څلور ډولونه لري:

1. S.Dysenteriae.
2. S.Flexneri.
3. S. Boydii.
4. S.Sonnei.

اعراض:

1. په بېړني ډول پیلېږي.
2. د ګېډې کولیکي دردونه موجود وي.
3. په ورځ کې له 10 ځلو ډېر تغوط.
4. غایطه مواد به اوبیز وي.
5. په شدیدو پېښو کې وینه او مخاط له غایطه موادو سره ګډ ېږي.
6. تبه شتون لري.
7. کانګې هم منځته راتلی شي.

نښې:

1. د ګېډې په کیڼ Iliac خالیګاه کې حساسیت ډېر وي.

2. Dehydration به عام وي.

پلټنې:

1. په مایکروسکوپ کې به په ډېره کچه سره Puss Cell پراته وي.
2. وروستی تشخیص له کرنې وروسته د بسیل د پېژندنې په مټ کوو.

Crohn's Disease/ Ulcerative Colitis:

دواړه ځنډنی ناروغۍ دي، خو د لومړي ځل پېښېدونکي حاد نس ناستي څخه وروسته یې باید توپیري تشخیص وشي.
د تشخیص په وروستي کولو کې وینه لرونکی نس ناستی، د غایطه موادو کرنه او Colonoscopy ډېره مرسته کوي.

Pseudomembranous Colitis:

له میکروب ضد درملنې څخه وروسته منځته راځي، په تېره د Clindamycin او Ampicillin له کارولو وروسته چې یو ځانګړی توکسین تولیدوي او دا توکسین د نبغ افت جوړولو سبب ګرځي.

اعراض:

کله چې ناروغ میکروب ضد درمل وخوري، اوبیز نس ناستی د وینو او یا پرته له وینو منځته راځي.

نښې:

- له Dehydration پرته بله نښه نه تر سترګو کېږي.

پلټنې:

1. د غایطه موادو په ازموینه کې RBCs او Puss Cell پراته وي.
2. په غایطه موادو کې د Clostridum Difficile موندل تشخیص وروستي برید ته رسوي.
3. په Colonoscopy کې به هم Adherent (سرېخناکه) پرده کولمو کې تر سترګو شي.

:Yersna Enterocolitica Colitis

1. څرګند عرض يې د ګېډې له شديد درد سره يو ځای د نس ناستي شتوالی دی.
2. په 5 سلنه پېښو کې وينه او مخاط شته وي.
3. تبه عامه نه ده.
4. د بندونو درد ښايي رامنځته شي.

نښې:

1. د Dehydration پرته کومه ځانګړې نښه نه لري.
2. Arthritis او Erythema Nodosum ښايي شته وي.

پلټنې:

د تشخيص لپاره د غايطه موادو کرنه او Serological ازمويني اړينې دي.
په ډېر عمره وګړو کې د کينې Iliac تشې له درد سره يو ځای ناروغانو کې کانګې هم منځته راځي.

Constipation قبضيت:

کله چې غايطه مواد کلک ، سخت شي او په سختۍ سره له مقعد څخه تېر

شي، قبضیت ښایي حاد او هم ځنډنی ِ ښه ولري.

لاملونه:

په ډېرو عمره وګړو کې د قبضیت ډېرښت له پامه ونه غورځول شي.

***

پنځلسم څپرکی

ځنډنی نس ناستی

Chronic Diarrhea

هغه نس ناستی، چې له اوونیو تر میاشتو وغځیږي، ځنډنی نس ناستی ورته وایي، ډېره اړینه دا ده، چې څرګنده شي، ناروغ په غایطه موادو کې وینه لري او که نه؟

لاملونه:

A. *Diarrhea with Blood.*

1. Amebic Dysentery (Recurent).
2. Ulcerative Volitis.
3. Crohn's Disease.
4. Carcinoma Colon.

B. *Diarrhea without Blood.*

1. Malabsorption.
2. Ileocecal Tuberculosis.
3. Irritable Bowel Syndrome.
4. Diabetic Diarrhea.
5. Laxative Diarrhea.
6. Zollinger Ellison Syndrom.
7. Carcinoid Syndrome.

:Diarrhea with Blood

:Amebic Dysentery

ځنډنی Amebic Dysentery د نس ناستي له پرله پسي حملو سره یو ځای

منځته راځي.
د غایطه موادو په لابراتواري ازموینه کې به Entameba Histolytica ولیدای شي.

:Crohn's Disease / Ulcerative Colitis

د پورته دواړو ناروغیو ټولیزې ته Inflamatory Bowel Disease وایي، دواړه د نس ناستي پرله پسې حملې منځته راوړي، چې غایطه مواد به د وینې او مخاطو سره ګډ وي.
Ulcerative Colitis یوازې په کولون کې افت منځته راوړي، خو Crohn's ناروغي دواړه یانې کولون او کوچنۍ کولمې اخته کوي.
د Inflamatory Bowel Disease تشخیص د Barium او Colonoscopy په وسیله کولای شو.

:Ulcerative Colitis

ځنډنۍ ناروغي ده، چې یوازې کولون اخته کوي، افت لومړی مقعد بیا Rectosigmoid او په وروستیو کې ټول کولون اخته کوي.
په 20 سلنه پېښو کې د Colitis التهاب تر 1-2cm رسي، خو افت د Terminal Ileum خواته پروت وي.

اعراض:

1. نس ناستی د وینې، مخاط او زوې سره یو ځای یې عام عرض دی، د ناروغۍ هره دوره په هره اوونۍ او هره میاشت کې توپیر مومي.
2. د ګېډې Cramps ډوله دردونه، چې ناروغ به دروغجونۍ تغوط لري.
3. پرله پسې نس ناستی هغه مهال منځته راځي، چې د ځنډني Ulcerative

Colitis له کبله د کولمو Epithelium تخریب او له مخې یې مایعات جذب نه شي.

4. د ناروغۍ له شدت سره به ناروغ کې د زړه بدوالی، بې اشتهایي، کانګې، تبه او د وزن بایلل منځته راشي.

نښې:

1. ناروغ به خاسف او Dehydrated وي.
2. د ګېډې په کيڼ Iliac خالیګاه کې به خفیف حساسیت موجود وي.

پلټنې:

1. د Hemoglobin کچه به ښکته وي، ESR به لوړ وي، CRP به لوړ وي، Leukocytosis به شته وي.
2. د غایطه موادو په ازموینه کې به سرې حجرې او Puss Cell شته وي.
3. په شدیدو پېښو کې د الکترولیت توپیرونه او Hypoalbuminemia وي.
4. Perinuclear Anti Neutrophil Cytoplasmic Antibodies (PANCA) به مثبت وي.
5. US کې به د کولون ډبلوالی تر سترګو شي.
6. Colonoscopy به خپور شوی التهابي مخاطي غشا د Hyperemia، Edema او ټپونو سره یو ځای ولیدای شي، ډېرو پېښو کې مقعد اخته کېږي.
7. ښايي ځینې وختونه د Dysplasia او د کولون د سرطان پېښې هم سر را پورته کړي.
8. Biopsy یوازې د Mucosa او Sub Mucosa طبقې له اخته کېدو

خخه ښودنه کولای شي، د Crypts Epithelium له اخته کېدو سره یو ځای ناروغ کې د Crypt خنځې هم منځته راتلی شي.

د Ulcerative Colitis اختلاطات:

1. Hemorrhage.
2. Toxic Dilation of Colon.
3. Perforation of Colon.
4. Septicemia.
5. Carcinoma of Colon.

Toxic Dilatation of Colon:

د Ulcerative Colitis شدید اختلاطي حالت دی، چې ناروغ به Tachycardia لوړه درجه تبه، د ګېډې پړسوب او حساسیت لري.
د ایکسری په Plain بڼه کې به د کولون پراخوالی تر سترګو شي.

له کولمو څخه بهر د Ulcerative Colitis کلنیک:

1. Pyoderma Gangrenosum.
2. Episcleritis.
3. Iridocyclitis.
4. Arthritis.
5. Cholangitis.
6. Clubbing of Fingers.

Crohn's Disease:

ځنډنی ناروغي ده، چې له کولمو څخه معدې او مقعد ته خپرېدای شي، ډېر عام ځایونه یې کولون او Ileum دي.

اعراض:

1. له تغوط سره يو ځای د ګېډې په ښکتنۍ برخه درد يې عام عرض دی.
2. د تحت حاد کولمو بندښت له کبله د ګېډې په منځنۍ برخه کې کوليکي دردونه د زړه بدوالي او کانګو سره يو ځای منځته راتلل يې بل عرض دی.
3. نس ناستی، خفيف تر ببړني حالته وي، د Malaborption له کبله Steatorrhea عام وي.
4. ټيټه درجه تبه.
5. د وزن بايلل او د ودې نه شتون يې بل عرض دی.

نښې:

1. په ښي Iliac تشه کې د حساسيت او کتلې شتون يې ښه نښه ده.
2. د مقعد شاو خوا د Fistula شتون، ابسې او د Anal تنګوالی يې عام وي.
3. په شديدو حالتونو کې Dehydration هم منځته راځي.

پلټنې:

1. کم خوني (Normocytic, Normochromic)، ESR، CRP او Leukocytosis به لوړ وي، د اوسپني او فوليک اسيد کمښت هم تر سترګو کېدای شي، خو Megaloblasic کم خوني عامه نه ده.
2. PANCA به منفي وي.
3. US به د مخاطي غشا ډبلوالی وښيي.
4. Barium Enema به د ژورو ټپونو شتون را په ګوته کوي.

5. Sigmoidoscopy او Colonoscopy د کمو یا ډېرو ژورو ټپونو ښودنه وکړي، په Ulcerative Colitis کې دروغجوني Polyps هم منځته راتلی شي.
6. CT/MRI د کولمو دېوال ډبلوالی او د لمفاوي غټوالی را په ګوته کړي.
7. د B_{12} د جذب خربوالی د Schilling Test په وسیله کوو.

د Crohn's Disease اختلاطات:

1. Abscess.
2. (Ileovesical, Ileocolic, Perianal) Fistula.
3. Strictures Leading to Intetinal Obstruction.
4. (Particularly Vitamin B_{12}) Malabsorption.
5. د Crohn's Disease او Ulcertative Colitis توپیري تشخیص په لاندی جدول کې وګورئ.

	لږ	منځنی	شدید
دنس ناستي شمیر په ورځ کې	۴ >	۴-۶	۶ <
په ډکو متیازو کې دوینی شتون	لږ	متوسط	زیات
د نبض شمیر په یوه دقیقه کې	۹۰ >	۹۰-۱۰۰	۱۰۰ <
دتودوخی درجه	نشته	۳۷,۵> سانتي ګرید	۳۷,۵< سانتي ګرید
انیمیا	لږ وي	۷۵%<	۷۵%≥
ESR mm/hr	۴۲ ملي متر>	-	۴۲ ملي متر<

وزن بایلل	نشته	۱-۱۰ %	%>۱۰
اندوسکوپي	سوروالی، د وعايي حالت کموالی ، خفيف ګرانولیشن	سوروالی ډیر وي وعايي حالت نه وي ټپ نه وي	ټپونه وي، په خپل سر وينه بهيږي
دهيماتوکريت سلنه	نارمل	۴۰-۴۲	< ۴۲
البومين (ګرام)	نارمل	۳،۵-۳	< ۳

:Carcinoma Colon

له قبضيت سره يو ځای د پرله پسي نس ناستي منځته راتلل، چې د کولون د سرطاني حالت ښودنه کوي، په تېره د ښي کولون ښايي غايطه مواد وينه ولري.

هر 40 کلن وګړی، چې په تغوط کې يې د عادت خرابوالی رامنځته شو، نو د ازموينو له مخې د سرطاني حالت په هکله ښېلا ښېلي لاري ولټوي.

:Diarrhea without Blood

:Malabsorption

د جذب خرابوالی د ځينو ځانګړو ناروغيو له کبله، لکه د معدې، پانکراس، Biliary سيستم او کوچنيو کولمو ناروغيو څخه منځته راځي.

لاملونه:

1. Celiac Disease.
2. Tropical Sprue.
3. Lactose Intolerance.
4. Bacterial Colonization of small Intestine.
5. Chronic Pancreatitis.
6. Giardiasis.

7. Crohn’s Disease.
8. Ileocecal Tuberculosis.
9. Gut Resection.

اعراض:

1. ناروغ به صحتمند نه ښکاري او د تمرکز ساتلو ځواک به یې له لاسه ورکړی وي.
2. ماشومانو کې د ودې خرابوالی ډېره عامه ستونزه ده.
3. سرېښناکه او بیز ډوله غایطه مواد ، چې Steatorrhea ورته وایي.
4. خېپور شوي کولیکي دردونه.
5. د وزن بایلل، د نښې اشتها سره سره.
6. د ویټامینونو او منرالونو د کمښت نښې به غښتلې وي.

نښې:

1. ناروغ به کمخونه وي.
2. ناروغ به ډنګر او کمزوری وي.
3. ګېډه به پړسېدلی وي.
4. ناروغ کې به د پړسوب نښې تر سترګو شي.

پلټنې:

1. له نورمال خوړیز رژیم سره به په ناروغ کې د هېموګلوبین، سیروم، پروټین او کلسیم کچه ټیټه وي، په جذب خرابوالي (Malabsorption) کې د ځیګر او پښتورګو دندې نورمال وي.
2. د خوړیز جذب خرابوالی د ټاکلو لپاره ځانګړي ټیستونه شته.

:Ileocecal Tuberculosis

اعراض:

1. ناروغ له نس ناستي وروسته په قبضیت اخته کېږي.
2. د ګېډې خپور شوی درد.
3. ناروغ به د تحت حاد ډول کولمو بندښت درد لري.
4. د بې اشتهایی، لوړې درجې تبې او شپې له خوا د خولې کېدو تاریخچه به هم شته وي.
5. د سږو د توبرکلوز تاریخچه به هم شته وي.

نښې:

1. به ښي Iliac تشه کې به جس کېدونکې کتله پرته وي.
2. د کولمو د بندښت نښې هم سرراپورته کوي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ وي.
2. Tuberculin ټیسټ به مثبت وي.
3. ګوګل ایکسری به د سږو د توبرکلوز نښې وښیي.
4. په الټرا ساونډ ازموینه کې به د ښي Iliac تشه یو څه ډبله ښکاري.

:Irritable Bowel Syndrome

ډېر عام سنډروم دی، چې په ځوانانو کې ډېرې پېښې تر سترګو شوي.

اعراض:

1. ناروغ به پرله پسې سره د ګېډې په لاندینۍ برخه کې درد

احساسوي.

2. د تغوط په شمېر کې ډېر توپير پېښېږي (ډېرښت، يا کمښت)، ناروغ به د تغوط احساس کوي، خو دروغجونې تګ به وي، ښايي غايطه مواد به مخاط هم لري، غايطه مواد به وينه نه لري.
3. له روحي فشارونو سره په ناروغ کې اعراض ډېرښت مومي.
4. سيستميک افتونه، لکه تبه او د وزن بايلل منځته نه راوړي.

نښې:

د کولون له پاسه به يو څه حساسيت شتون ولري.

پلټنې:

ټولې ازموينې نورمال وي.

***

شپاړسم څپرکی

زېړی

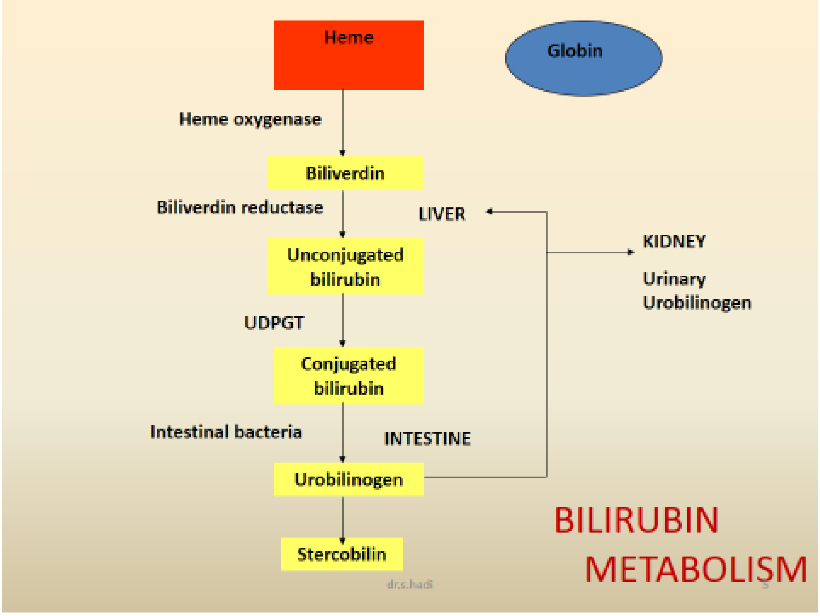
Jaundice

د سیروم بیلوروبین کچې د لوړوالي له کبله د ناروغ پوستکي زېړ رنګه اووختو ته Jaundice وايي، د زېړي ښه فزیکي لیدنه په ورځنۍ روښنايي کې د سترګو په Sclera او د ژبې په لاندینۍ سطحه کې لیدلی شو.
که د Bilirubine کچه ډېره لوړه شي، پوستکی هم زېړ رنګه ښه غوره کوي.
د Heme میتابولېزم وروستی تولید بیلوروبین جوړوي، د هیموګلوبین کابو 85 سلنه د Reticulo Endothelial سیستم، ځیګر، توري او هډوکو مغز په وسیله ماتېږي، پاتې برخه یې د Heme په ډول کتابولېزم کوي او د Myoglobin پروتین په څېر زېرمه کېږي.
Conjugated پروتین به له البومین سره بانډ لري، په اوبو کې نه حلېږي، همدا راز په ادرار کې هم نه شي تېرېدلی، د ځیګر حجراتو په وسیله اخیستل کېږي او د Glucuronyl Transferase انزایم نه زور له Glucuronic Acid سره یو ځای کېږي.
کله چې پورته پروسه سرته ورسېده، نو بیا د صفرا د قناتونو له لارې کولمو ته لېږدېږي.
Congugated بیلوروبین په اوبو کې حلېږي؛ ځکه په ادرار کې هم تېرېدلی شي.
په کولمو کې د یو شمېر بکتریاګانو په وسیله ماتېږي، چې ډېره برخه یې له غایطه موادو سره یو ځای د Stercobilinogen په ډول اطراح کېږي.

ځيني يې بيا د Enterhepatic دوران له لارې ځيګر ته ځي، چې د سيستميک دوران له لارې په متيازو کې د Urinobilinogen په ډول اطراح کېږي.

په نورمال ډول سره سيروم بيلوروبين Unconjugated وي، په ادرار کې بيلوروبين نه وي، خو يوازې Traces Urobilinogen پکې دي.

زېرې په درې ډول منځته راځي.



TYPES OF JAUNDICE

PRE HEPATIC	HEPATIC	POST HEPATIC
Excessive amount of bilirubin is presented to the liver due to excessive hemolysis	*Impaired cellular uptake, defective conjugation or abnormal secretion of bilirubin by the liver cell*	*Impaired excretion due to mechanical obstruction to bile flow*
Elevated unconjugated bilirubin in serum	*Both conjugated and unconjugated bilirubin may be elevated in serum*	*Elevated conjugated bilirubin in serum*

dr.s.hadi 7

TYPES OF JAUNDICE

PRE HEPATIC	*HEPATIC*	*POST HEPATIC*
Hemolytic Anemia	*Hepatitis, cirrhosis, Crigler-Najjar Syndrome, Dubin-Johnson Syndrome, Rotor's Syndrome*	*Gallstone, malignancy, inflammation*

dr.s.hadi 8

TYPES OF JAUNDICE

TYPE	PRE HEPATIC	HEPATIC	POST HEPATIC
Urine color	normal	dark	dark
Stool color	normal	normal	acholic
Pruritus	no	No	yes

dr.s.hadi 10

Table of diagnostic tests

Function test	Pre-hepatic Jaundice	Hepatic Jaundice	Post-hepatic Jaundice
Total bilirubin	Normal / Increased	Increased	
Conjugated bilirubin	Normal	Increased	Increased
Unconjugated bilirubin	Normal / Increased	Increased	Normal
Urobilinogen	Normal / Increased	Increased	Decreased / Negative
Urine Color	Normal	Dark (urobilinogen + conjugated bilirubin)	Dark (conjugated bilirubin)
Stool Color	Normal	Normal/Pale	Pale
Alkaline phosphatase levels	Normal	Increased	
Alanine transferase and Aspartate transferase levels		Increased	
Conjugated Bilirubin in Urine	Not Present	Present	
Splenomegaly	Present	Present	Absent

1. Pre Hepatic Jaundice:

ترټولو عام لامل يې بدن کې په ډېره کچه د RBCs ماتېدل (Hemolysis) ، چې له کبله يې ډېر بيلوروبين جوړېږي، خو دا ټول د ځيګر په وسيله نه شي Conjugate کېدلی، دي وجهې يو څه وينه کې پاتې کېږي او د Uncojugated Hyper Bilirubinemia لامل ګرځي.

Unconjugted بيلوروبين په اوبو کې نه حلېږي؛ ځکه په ادرار کې هم نه وځي.

Urinobilinogen په ادرار کې ډېرېږي؛ ځکه ډېر بيلوروبين کولمو ته ننوځي، له دې امله د Urinobilingen کچه کولمو کې ډېرېږي او ځيګر ته

ځي (ځیګر له خپله نورمال برید څخه ډېر بیلوروبین نه اخلي)، پاتې برخه یې د سیستمیک دوران له لارې ادرار ته ځي او بهر وځي.

2. Hepatocellular Jaundice:

که ځیګر په افت اخته شوی وي، نو نه شي کولای چې د بیلوروبین نورمال مقدار هم جوړ کړي.

Conjugated بیلوروبین د ځیګر حجراتو (Hepatocytes) په وسیله نه لېږدیږي، له دې امله واپس سیستمیک دوران ته ځي، د سیروم بیلوروبین کچه لوړیږي، یانې دواړه Conjugated او Unconjugated بیلوروبین لوړیږي.

لاملونه:

Conjugated بیلوروبین په اوبو کې نه حلیږي، ادرار کې بهر ته وځي، کله چې Urinobilinagen له کولمو څخه ډېر جذب شي، وینې دوران ته ځي، دا چې د ځیګر حجرات (Hepatocytes) په افت اخته وي، نو نه شي کولای جذب یې کړي.

د ځیګر حجراتو دندو خرابوالي لاملونه:

3. Posthepatic Jaundice:

که د صفراوي سیستم په اوږدو کې بندښت شته وي، نو بیلوروبین په صفرا کې نه شي لېږد بدلی، Conjugated بیلوروبین لوړیږي، دلته به په ادرار کې هم د بیلوروبین کچه لوړه شي، کله چې صفراوي لارې ندې شوې، Urinobilinogen بالکل له منځه ځي.

:Prehepatic Jaundice

سيروم بيلوروبين به Conjugated وي، په ادرار کې به هم بيلوروبين نه وي، خو Urinobilinogen به لوړ وي.

:Hemolysis

Unconjugated Hyperbilirobinemia اصلي کلنيکي بڼه جوړوي.

:Infective Erythropoiesis

د ويټامين B_{12} او فوليک اسيد په کمښت کې RBCs د ويني سرې حجرې په سم ډول نه پخېږي او له پخېدو د مخه تخريبېږي، دې حالت ته Infective Erythropoiesis وايي.

د دې ستونزې به پايله کې بيلوروبين ډېرېږي او ناروغ په Jaundice (زېړی) اخته کېږي.

د Unconjugated Hyperbilirubinemia لاملونه:

1. Hemolysis.
2. Infective Erythropoesis.
3. Gilbert's Syndrome.
4. Crigler-Najjar Syndrome.
5. Neonatal Physiological Jaundice.

:Hepatocellular Jaundice

:Active Viral Hepatitis

پنځه وايروسونه دي، چې په لومړني ډول سره ځيګر اخته کوي، Hepatotropic Viruse ورته وايي، چې نومونه يې A، B، C، D(Delta) او E دي.

اعراض:

1. ناروغ به بې اشتهايي (Anorexia) ، Nausea او کانګې لري.
2. په ښي Hypochondrium کې به درد ډېر وي.
3. د ناروغۍ له پيل سره ښايي ناروغ د انجکشن، وينې لېږد (Blood Transfusion) تاريخچه ولري.

نښې:

- ناروغ زېړ وي (Jaundiced).
- ځيګر به غټ او حساس وي، سطحه به يې ښويه او نرمه وي، په شديد Hepatits ځيګر سره راټولېږي، چې له امله يې ځيګر کې Dullness منځته راځي.

پلټنې:

د سيروم بيلوروبين کچه لوړېږي.

Serum Glutamic, (Aspartate Aminotransferase) AST- (Alanin, Oxaloacetic Transaminase) SGOT (Serum Ghutamic pyruvic, Aminotransferasc) ALT.

Transaminase SGPTکچه به لوړه وي.

د Amino Transferase د کچې لوړوالی د ځيکر په شديد تخريب پورې اړه نه لري.

Prothrombin Time اوږدېږي، چې دا د ځيګر ناروغۍ ډېره حساسه نښه ده.

Chronic Liver Disease:

د ځيګر ځنډنی ناروغۍ Hepatitis او Cirrhosis بللی شو.

:Chronie Hepatitis

د ځنډني ځيګر تخريب (Hepatits) د تشخيص نښه لاره دا ده، چې ناروغ کابو شپږ مياشتې د ځيګر ناروغي تېره کړې وي.

Biopsy په مټ يې د نکروزس او Fibrosis درجه څرګندولی شو.

:(Necroinflammatory Activity) Grade

لاندې حالتونه به تر سترګو کېږي:

1. Portal Inflammation.
2. Periportal Necrosis.
3. Piecemeal Necrosis.
4. Bridging Necrosis.

:Stage (Degree of Fibrosis)

Nofibrosis = o
Mild Fibrosis= 1
Moderate Fibrosis =2
Severe Fibrosis Including Including Bridging Fibrosis =3
Cirrhosis =4

د ځنډني ځيګر التهاب د افت منځته راتلو کلنيک په څلور ډوله ده:

1. ځنډنی وايروسي ځيګر التهاب د Hepatitis B virus (HBV).
2. **Autoimmune (Lupoid) Hepaitis.**
3. د درملو له کبله منځته راغلی ځنډنی ځيګر التهاب.
4. Cryptognic Chronic Hepatits.

:Chronic Viral Hepatitis

:Chronic Hepatitis B

پرته له دي، چې ناروغ د پخوانۍ وايروسي ځيگر التهاب تاريخچه ولري، په ځنډني Hepatitis اخته کيږي.

اعراض:

ستړيا يې عام عرض دی.

intermitteent Jaundice

نښې:

1. کم زېړی به ښکاري.
2. د ځيگر غټوالی :Hepatomegaly
3. د توري غټوالی: Splenomegaly.

پلټنې:

1. د سيروم بيلوروبين کچه هم لوړيږي.
2. Prothrombin Time ډېريږي.
3. د سيروم البومين د کچې لوړوالی د ناروغۍ په شدت پوري اړه لري.
4. د ځيگر Biopsy ډېره اړينه ده.

د ځنډني Hepatits B د درملني استطبابات:

. د CHB دتداوي سپارښتنه په لاندي ډول دي :

درملنه	Liver biopsy	Serum HBV	ALT/AST	Anti HBe	HBe antigen	د CHB ډول

		DNA				
هر ۳میاشتو کي ALT/AST مانیتورشي	اړتیا نشته	لوړ	<2*upper normal limit(UNL)	-	+	HBeAg+ CHB
تداوي شي	متوسط/شدید CHB کي لوړ وي	لوړ	>/=2*UNL	-	+	
هر ۶میاشتو کي ALT/AST مانیتورشي	ضرورت نشته	کم		+/-	-	غیرفعال ناقل CHB
تداوي شي	متوسط/شدید CHB کي لوړ وي	لوړ/کم	>UNL	+/-	-	HBeAg- CHB
هر ۶-۳میاشتو کي ALT/AST مانیتورشي	خفیف CHB	لوړ/کم	>UNL	+/-	-	

د ALTاندازي له مخی د ځندني هیپاتیتس بي دتداوي ستراتیژي :

الف : ALT اندازه لوړ وي :

۱- ALT اندازه لوړ وي او HBe Ag مثبت وي : درملنه د نیوکلیوسید یا انترفیرون سره پیلیږي .

۲- ALT اندازه لوړ وي او HBe Ag منفي وي: ۱- که HBV DNA (PCR) مثبت وي (DNA >105copies/ml)درملنه پيل کيږي ۲- که HBV DNA (PCR) منفي وي درملنه نه پيل کيږي نورو اسبابو ته کتل کيږي او يا بيا HBV DNA (PCR) تکراريږي

ب : که ALTاندازه نارمل وي : که ALT نارمل وي او HBe Ag مثبت وي ۶ مياشتو لپاره انتظار ايستل کيږي که ۱- که ALT لوړ شو درملنه پيليږي ۲- که ALT لوړ نه شو نارمل پاتي شو دځيګر څخه بايوپسي د هستولوژيک معايناتو لپاره اخيستل کيږي که په هستولوژيک معايناتو کي که Histologig Activity Index(HAI) ددريو څخه کم و نه تداوي کيږي اوکه ددريو څخه لوړ و تداوي کيږي .

که چيري ALTاندازه نارمل وي ، HBV DNA (PCR) مثبت وي او په سيروم کي anti HBe Antibody مثبت وي (HBe Ag منفي وي) دځيګر څخه بايوپسي د هستولوژيک معايناتو لپاره اخيستل کيږي که HAI ددريو څخه لوړ و تداوي پيليږي او که HAI ددريو څخه کم ونه تداوي کيږي .

ج: : که معاوضوي سيروزس د HBV DNA > 2000iu/l سره وي تداوي شي اوکه HBV DNA< 2000iu/l وي او که ALTلوړ وي تداوي کيږي .

د: که سيروزس غير معاوضوي وي ناروغ تداوي کيږي خو د ځيګر پيوند ضرور دي .

Chronic Hepatits: D

له Hepatits D سره د نورو انتاناتو یو ځای کېدل د Hepatits په شدت کې د پرېښت منځته راوړي، نور يې لابراتواري او کلنيکي بڼه د (CHB) په څېر ده.

تشخيص يې د HDV RNA.HDV په وړاندې د سيروم انتي باډي شتون په مټ کوو.

:Chronic Hepatits: C

په ډېرو ناروغانو کې د حاد Hepatits تاريخچه شتون نه لري. ناروغي ډېره ورو پر مخ ځي، بنايي د 20 کالو په اوږدو کې ناروغ په Cirrhosis اخته کړي.

اعراض:

1. ستړتيا او درد.
2. لړزېړوالی.
3. تشخيص يې د Routine Screening پر مهال راوړاندې شي.

نښې:

د Cirrhosis په منځته راتلو پرته نور هېڅ نښه نه لري.

پلټنې:

1. Aminotransfease کچه به لوړه وي.
2. Anti HCV به مثبت وي.
3. د ځيګر Biopsy به د افت درجه په نښه کړي.
4. USG به د ځيګر او توري غټوالي په هکله مالومات راکړي.

د CHC دتداوي ستراتيژي

فکتورونه	اول ګروپ	دويم ګروپ	دريم ګروپ	څلورم ګروپ
Anti- HCV	+	+	+	-
HCV RNA (PCR)	=	+	+	+
ALT	نارمل	نارمل	لوړ	نارمل
تداوي	نه تداوي کيږي	تعقيبيږي	انترفيرون +ريباوايرين	دځيګر بايوپسي اجراکيږي

Autommune Chronie Hepatits:

يو Autommune افت ده، په يوه ډله ناروغانو کې LE Cell مثبت وي، د ې ډول افت ته Chronic Lupoid Hepatitis هم وايي، پېښې يې په ځوانو ښځو کې عامې وي، د ډېرو سيستمونو ناروغي ده، چې ښايي لاندې افتونه هم ورسره ملګري.

1. Lymphadenopathy.
2. (Coomb s positive)Hemolyiuc Anemia.
3. (Myxedema. Thyrotxicosis. Tyroiditis) Thyoid. Disorder
4. Polyarthritis-.
5. Pleurisy او Pulmonaru Infiltrition.
6. Ulccrative Colitid-.
7. Gomerulonephritis-.

اعراض:

1. ستړیا ، بې اشتهايي او زېړی.
2. تبه او د بندونو درد.
3. Amenorrhea.

نښې:

1. له کم تر ډېر Jaundice.
2. Spider Nevi.
3. Hypatospleenomegahy- .

پلټنې:

1. سیروم بیلو روبین به لوړ وي.
2. د سیروم Aminotransferase کچه به لوړه وي.
3. Prothrombine Time ډېرېږي.
4. سیروم البومین به ټیټ وي.
5. Globulins به لوړ وي، چې په تشخیص کې ښه رول لري.
6. ANA- (Antinuclear Antigen) به مثبت وي.
7. د رووستي تشخیص لپاره Biopsy.

:Cirrhosis

زېړی به له خفیف څخه تر شدید پورې وي؛ خو ناروغۍ د شدت د سره تړاو نه لري.

سیروزس دځیګر د حجراتو د ځنډنی او نه رغیدونکی ناروغي ته وایي چې دځیګر په پرانشیم کې پراخه فبروزس او ریجینیراتیف (تولیدي

نوډولونه مینځته راځي. سیروزس کلک، ژیړ او نارنجي ځیګر ته وایي .دځیګر حجري نکروز او کولاپس کوي. په ځیګر کې منضم نسج ځای په ځای کیږي او د رګونو بستر خرابیږي. دځیګر د فبروزس له کبله پورتل هایپرتنشن او دهغه اختلاطات لکه ګاسترو ازوفاژیل واریزس، توری لویوالی، هایپرسپلینیزم، اسایتس، دځیګر انسفالوپاتي او دځیګر د ژونکو بی وسي مینځته راځي.

:Alcholic Liver Disease

الکولیک ځیګر ناروغۍ دري ډولونه لري.

1. Fatty Liver.
2. Alcoholic Hepatitis.
3. Cirrhosis.

اعراض:

1. د Fatty Liver ناروغان ښايي، چې کوم اعراض ونه لري او په ځینو کې د ښي Hypochondrium برخې درد سره یو ځای زړه بدوالی او زیړی شته وي.
2. د الکولیک ځیګرناروغان به تبه، زیړی او د ښي Hypochondrium د برخېدرد لري.

نښې:

1. په Fatty ځیګر کې د ځیګر غټوالی او زیړی ښه ښښه ده.

2. د الکولیک ځیګر ناروغ به زېړی، Spider Nevi او حساس ځیګر غټوالی لري.

پلټنې:

1. Alcoholic fatty liver
   1. سیروم Aminotransferases به یو څه لوړ وي.
   2. Hypertrigly ceridemia او Hypercholstrolemia بـه شـتـه وي.
   3. Bilirobin به نورمال وي

2.په الکولیک ځیګر کې التهاب:

1. Serum Amino Transferases بـه څرګنـد ډول سـره لـوړ وي، د ALT,AST تر منځ نسبت به له یو (1) څخه لوړ وي.
2. Bilirobin او Alkaline Phosphatase به لوړ وي.
3. Gamma glutamyl transpeptidase is markedly elevated

:Non-Alcoholic Fatty Liver Discase

د نړۍ 6-3 سلنه وګړي یې اخته کړي، چې Cirrhosis منځته راوړي، شدید حالت ته یې Steatohepatits وایي.
مساعد کوونکي فکتورونه یې Diabetes مزیتوب او Hyperlipidemia بلل شوي دي.

اعراض:

ډېر ناروغ څرګند اعراض نه لري؛ خو یوازې په ښي Hypochondrium کې درد حس کوي.

نښې:

1- Hepatomegaly په Fatty Liver وګړو کې ډېره وي.

پلټنې:

1. سیروم Aminotransferase په خفیف لوړ وي.
2. Bilirobin به نورمال وي.
3. US په وسیله Fatty Liver نبه تشخیص کېږي.

:Drugs

درملو ته ډېر په ځیګر کې میتابولایز کېږي. ځینې وختونه د درملو د کارولو وروسته هم په ناروغانو کې د ځیګر دندې خرابېږي، چې لاندې بڼې لري.

Idiosyncratic.1

په کمه کچه درمل هم کولای شي، ځیګر په افت اخته کړي، د بېلګې په ډول:

a. INH.
b. Rifampicin.
c.Pyrazinamide.
d. Chlorpromazine.

:Dose Related .2

د درملو زهریت هغه مهال منځته راتلای شي، چې د درمل نورمال ډوز ډېر کړل شي، د بېلګې په ډول.

1. Paracetamol ډوز ډېرول سره زهریت ډېرېږي، پـه لوړ دیزو سیمو کې د زړه عدم کفایې لوړه کچه جوړ وي.
2. Tertracycline: د ډوز نسبت یې د Fatty Liver سبب ګرځي.

اعراض، نښې او پلټنې یې Viral Hepatitis تـه ورته دي، تشخیص یې د تاریخچې په مټ نبه تاکلي شو.

:Malignancy of the Liver

د خباثت نښه جوړېدونکي او خپرېدونکي ځای ځيګر دی، دواړه ډيانې لومړنی او دويمې ډول ځيګرخباثت سره يو ځای به زړه بدوالی، د اشتها کمښت، زېړی، د ګېډې ښي Hypohondrium درد او Hepatomegaly ملګری وي.

:Congenital Hyperbilirubinemias

1. :Unconjugated hyper bilirubenemia :
   a. Crigler Najjar syndrome ،
   b. (Gilbert's Syndrom)

.Conjugatedhyper bilirubenemia

c. Dubin Johnson's Syndrome
d. Rotor Syndrom–Roter Symdrome

د بيلوروبين د ميتابولېزم د خرابېدو اصلي برخه جوړوي.

په لومړيو کې ناروغ خفيف لري، زېړيو بيا شديد خواته ميلان مومي.

:Cholestasis of pregnancy

د حمل په وروستي Trimeser کې پېښېږي، چې Pruritis يې لومړنی عرض دی، له Steatorrhea سره يو ځای به ناروغ خفيف زېړی هم لري، له زېږون څخه 2-1 اوونۍ وروسته ناروغ ښه کېږي.

په ناروغ کې به phosphatase Alkaline او Protheombin Time د ويټامين k کمښت له کبله اوږد شي.

:Reys,s Syndrome

په ماشومانو کې کم پېښېدونکې ناروغي ده، د Influenza له اعراضو سره یو ځای به ماشوم کانګې، نارامي، ګنګسیت او کوما لري.

د ځیګر دندیز ټستونه به غیر نورمال وي، چې د مرګ لامل یې Cerebral Edema او Coning جوړ وي.

Post Hepatic Jaundice

د Post Hepatic Jaundice پلټنې:

1. USG
2. CT scan
3. MRCP
4. ERCP
5. Percutaneoustranshepatic cholagiopancreatography

Stone in Common Bile Duct:

ځينې وختونه تيږه د صفرا قنات ته تيريږي، قنات بند وي او ناروغ په زېړي اخته کوي.

اعراض:

1. د ګېډې د پورتنۍ برخې درد.
2. د صفرا دردونو شتون تاريخچه.
3. د Cholangitis له کبله د تبې منځته راتلل.
4. ټوليز بدن خارښت (د صفرا د مالګې د راټولېدو له کبله).
5. غايطه مواد خاورين رنګ ولري.

نښې:

1. ناروغ به ژور زېړى لرونکى ښکاري.
2. مثانه به جس کېږي، (ځکه د صفرا بندښت له کبله پراخوالى نه کوي).

پلټنې:

1. سيروم بيلوروبين او Alkaline phospatase به لوړ وي.
2. USG به د صفرا قنات پراخوالی ونښيي، که تېږه شته وي؛ نو اصلي موقعيت به يې را په ګوته کړي.
3. په Plain ګېډې ايکسرې کې تېږه ښه ښکاري.
4. perculaneous او(MRCP, ERCP CAholangiography Transhepatic ته اړتيا موندل کېږي.

: *Carcinoma of the Head of the panras*

د پـانکراس دا ډول افـت پـه زړښـت او سـګريټ څکوونکـو وګـړو کـې ډېـر پېښېږي.

اعراض:

1. د EPigastric درد به شتون لري، ښايي، چې د ملا خواتـه هـم خپـور شي، په مخې خوا ټيټېدو سره کمښت مومي.
2. اشتها به کمزوری وي.
3. وزن بايلل.
4. د بدن ټولېز خارښت يې پېژندل شوی عرض دی.
5. ناروغ به د سترګو زېړوالی لري.

نښې:

1. ناروغ به ژور زېړی ښکاري.
2. د صفرا کڅوړه ده، جس وړ وي.
3. حبن Ascites به هم شته وي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ وي.
2. سیروم Bilirobin او Alkaline phosphatase به لوړ وي.
3. د وینې شکر به لوړ وي.
4. USG به پراخ شوې صفرا کڅوړه او صفرا قنات وښيي.
5. CT سکن هم ورته نښې ښيي، په ERCP به د پانکراس او صفرا قناتو نه بند شوی مالومېږي.

STRICTURE OF the Bile Duct

ښايي چې خبيث يا هم سليم حالت ولري.

اعراض:

1. ناروغ به زېړی لري.
2. د ګېډې پورتنې برخې درد.
3. د صفرا کڅوړې د عمليات تاريخچه.
4. د اشتها کمښت او وزن بايلل په خباثت کې عام وي.

نښې:

ژور زېړی به شتون لري.

پلټنې:

1. سیروم بیلوروبین او Alkaline phosphatas به لوړ وي.
2. (Endoscopic Retograde Cholangio Pancreatugraphy) (Megnatic Resonance Cholangio Pancreatography),ERCP PTC, MRCP به ښه تشخيص غوره کړي.

دژېړي توپيري تشخيص جدول

دداخله ناروغيو تفريقی تشخيص

	پـــري هيپاتيـــک ژيړی	هيپاتيک ژيړی	پوســت هيپاتيــک ژيړی
توټل بيلروبين	نارمل/لوړ	لوړ	لوړ
کنجوګيتيـــــــد بيلروبين	لوړ	نارمل	نارمل
ان کنجوګيـــــــت بيلروبين	لوړ	نارمل/لوړ	نارمل
يورو بيلنوجن	لوړ	نارمل/لوړ	شکته / منفي
تشو متيازو رنګ	تياره	روښانه	تياره
ډکو متيازو رنګ	تياره	نارمل	سپين
الکالين فاسفتايز	نارمل	لوړ	لوړ
امينوترانس فيريز	نارمل	لوړ	لوړ
خارښت	-	+	+
زړه بدوالی او کانګی	-	+	+
وزن کميدل	-	+	+
درد	-	+	+
بي اشتهايي	-	+	+
دځيګر جس	-	+	+

:Chronic Pancreatitis

کله چې د صفرا قنات لاره د بند شوي او پړسيدلي پانکراس سر(Head)پـه وسيله بنده شي، زيړی زېږوي.

:Hepatitis A

د وایروسي (Hepatitis) سلیم حالت دی.

د خپرېدو لار:د خولې او غایطه موادو له لارې خپرېږي، له یو سړي **څخه** بل سړي ته خپرېدنه یې ډېره عامه ده، چې Infective Hepatitisهم ورته وايي.

ناروغ له زېږي **څخه** ۲ دوه اوونۍ د **مخه** او یوه اوونۍ وروسته په انتان اخته وي.

د تفریح دوره:5-3 اوونۍ.

پېښې:زموږ په هېواد او ماشومانو کې ډېرې پېښې لري.

انداز:ناروغ په پشپړ ډول رغېږي، له ځیګر خنډنی التهاب او cirrhosis پیښې کمې وي.

واکسین: په بازار کې موندل کېږي او ګټوره ده، ماشومان باید واکسین شي.

:Hepatitis B

د وایروسي Hepatitis ویروونکی ډول دی، Fulminant Hepatic Failure، Chronic Active Hepatitics، Cirrhosis او Hepatocellular Carcinoma پېښې منځته را وړلی شي.

د خپرېدو لار:

وینه او د وینې اجزاوې همدا راز عامې لارې یې لاندې دي:
1.Transfusion: د وینې لېږد او د وینې اجزاوې کولای شي چې Virus B انتقال کړي.
2.د سیرونجو ګډ کارول:
3. د غوږ، پزې سوري کول یو منتن توکو.(د روغتیایي کارکوونکو و خزه کېدل د Needle، چاقو او نورو سره)
4.د سلماني دوکاندارانو د ملوثو توکو په وسیله.
5.د تولد پر مهال له مور څخه ماشوم ته.
6.د غاښونو جراحي او نوره غټې جراحي عملیاتونه.
7.په (HBV) اخته ډاکټران ناروغ ته د وایروس کېږدول.
8. IV Drug User ډېره کچه جوړ وي.
9. Hemodialysis ډېره ویروونکی دی.

د تفریح دوره: له 6 اوونیو تر 6میاشتو پورې.

پېښې:

لس (10)سلنه ځوانان، 90 سلنه ماشومان تر 6 میاشتو پورې ویروس لېږدولی شي.

:Hepatitis C

د وینې د لېږدونې وروسته منځته راتلونکې ناروغي ده (TransfusionaL -) Hepatitis Post د(HBV) ۸۰ سلنه پېښې له حاد انتان سره ملګرې وي، خو ۵۰ سلنه وګړي ښايي د Cirrhosis خواته د تشخيص پر مهال تلي وي.

:Hepatitis D

يو نا پوره شوی ويروس دی، چې HB_sAg) Hepatitis B Antigen) ته اړتيا لري. يوازې هغه وګړي په افت ککړولی شي، چې B Virus د دوی په بدن کې شته وي.ناروغانو کې ځنډنی ځيګر التهاب، حاد او ځنډنی ځيګر ناروغی را ژوندی کولای شي.

:Viral Markers

بېلا بېل سيرالوژيک ټسټونه شته، چې Causative ويروس ښودلی شي، چې اړين يې په لاندې ډول دي:

Antigen: Ag

Hepatits B Surface Antigen: Hb Ag

Hepatits B “e” Antigen: HBe Ag

Hepatits B Core Antigen: HB_C

Hepatits B Virus درې انتي جن لري: HB_e, HB_C,HB_S Ag

دهیپاتیتس بي وایروسي انتان سیرولوژیک اوصاف او دهغه تعبير

i-HBS	Anti-HBC	HBe Ag	Anti-HBe	تعبير
-	Igm	+	-	حاد هیپاتیتس بي
-	IgG	+	-	ځنډنی هیپاتیس بي وایرل تکثري حالت
-	IgG	+	+	ځنډنی هیپاتیتس بی او خفیف وایرل تکثری حالت
+	IgG	- یا +	- یا +	ځنډنی هیپاتیس بی د هیتروتیپ Anti HBS
-	IgM	- یا +	-	حاد هیپاتیتس بي
+	IgG	-	- یا +	دهیپاتیتس څخه ښه کیدل (معافیت)

واکسين (معافيت)	-	-	-	+
کاذب مثبت ډير لږ معمول	-	-	IgG	-

Hepatitis E

دا د ملوثو اوبو په وسيله لېږدېدونکی ويروس دی، له يو وګړي څخه بل وګړي ته نه لېږدېږي، تشخيص يې Anti HEV انتي باډي په وسيله کوو، په حاملګۍ کې د Fulminant Hepatic Failure له کبله د مړينې کچه ډېره ده. واکسين او ځنډنی حالت ته تګ نلري.

Hepatitis B اختلاطات

1. Acute Fulminant Hepatic Failure
2. Chrronic Active Hepatic
3. Chirrhosis
4. Hepatocellular Carcinoma

Hepatitis B Vaccination

د B – Virus واکسين شوني ده، محفوظ او ګټوره ده، وړاندې له دې چې وګړي ته واکسين وشي، HBs Ag يې وکتل شي.

HBs Ag ته واکسين نه تطبيق کېږي، ځکه دوی په خپله د انتان سرچينه جوړوي، وينه نه شي ورکولای، ماشومان او کورنۍ ته دې معاينات وکړي، چې دوی پر افت نه وي اخته شوي.

Negative HBs Ag ناروغان بايد د Anti HBs لپاره وکتل شي، که چيرې دوی انتي باډي درلوده، نو واکسين ته اړتيا نشته، هغوی چې انتي باډي نه لري، واکسين ته يې اړتيا شته دی.

که Anti HBs ونه کتل شي، نو ټولو HBs Ag Negative وګړو ته د واکسين اړتيا شته.

Vaccination Schedule

دري عضلي ډوزونه لري:

1. Zero days
2. after One Month
3. after 6 Month

Adults :20Mg په Deltoid عضله کې.

Children: 10Mg په وحشي ورون برخه کې.

يادونه:

1. ټول HBs Ag + ناروغان وينه نه شي ورکولای.
2. که Anti HBs ټيسټ نه شي، نو ټول (ـ) HBs Ag بايد واکسين شي.
3. لاندې وګړي بايد حتماً واکسين شوي وي:
4. ـ ډاکټران: لابراتوار تيکنيشن.
5. ـ ماشومان چې ميندې يې HBs Ag + وي.
6. ـ نرسان: ماشومان او کورنۍ چې HBs Ag + سره مخ وي.
7. ټولې حاملې ميندې.

اولسم څپرکی

حبن

Ascitis

په پریتونیم کې د اضافي مایع راټولیدو ته حبن وايي، حبن په دوه ډوله دی:

1.Transudative : پروټیني محتویات یې له 2.5gm\dl څخه کم وي.

2 .Exudative: پروټیني محتویات یې له gm\dl2.5 څخه ډیر وي.

لاملونه یې:

A Transudative:

1. Cirrhosis
2. Pericarail Effusion, Constrictive Pericarditis, Right Heart Failure) Cardiac Disease
3. (Starvation, Nephrotic Syndrome) Hypoproteinemia
4. Meig׳ s Syndrome

B Exudative:

1. Tuberculosis
2. Malignancy
3. Bacterial Peritonitis
4. Chemical Peritonitis
5. Acute Pancreatitis

Cirrhosis of Liver.1

Cirrhosis هغه حالت ته وايي، چې په ځيګر کې نکروزس د فايبروزس او Nodular Regeneration سره يو ځای منځته راشي.

لاملونه:

1. الکول.
2. دځيګر ځنډنی وايروسي هيپاټيټس لکه بي اوسي
3. دځيګر غير الکولي ناروغی
4. . - اوتو اميون ناروغی لکه پرايمري اسکليروزينګ کولانجيټس
5. صفراوي ناروغی لکه لومړنی او دويمي صفراوي سيروزس.
6. جنتيک ناروغی (هيموکروماتوزس، ويلسن ناروغي، د الفا يو انتي تريپسين لږوالی)
7. . - کرپټوجنيک

اعراض:

1. ـــ ټـولـيزه کمـزوري، د ګېـډې پړسـوب، پـه کـانګو کـې وينه(Hematemesis) او سترګو زېړوالی يې عام اعراض دي.
2. ـ ناروغ به د Libido له کموالي څخه يادونه کوي.
3. ـ ناروغ به د زېړي تاريخچه لري.
4. ـ ناروغ به الکوليک وي.
5. ـ ناروغ به وينې بهېدنې ته ډېر ميلان لري.

نښې:

1. ـ ناروغ به زېړ ښکاري.
2. ـ پړسوب هم تر سترګو کېدای شي.
3. ـ Gynecomastia،
4. -د خصيو کوچنيوالی
5. د وېښتانو تويېدل.
6. ـ Palmar Erythema
7. Dupuytren׳s Contracture,
8. Spider Angiomas
9. -د Parotid غدې پړسوب هم تر سترګو کېږي.
10. ـ د ګېډې د دېوال وریدونه غښتلي کېږي.
11. ـ ځيګر به غټ او را ټول شوی وي.
12. ـ توری (Spleen) به جس کېدای شي.
13. ـ کله چې ناروغي يو څه پرمختګ وکړي، خبن هم منځته راتلی شي، Fluid Thrill او Shiffting Dullness به مثبت وي.

د ځيګر د ځنډنی کفايي نښې:

1. Palmar Erythema.
2. Dupuytren׳s Contracture.
3. Jaundice.
4. Spider Angiomas.
5. Parotid Swelling.
6. Gynecomastia (Alcohol or Spiranolsactone Related).
7. Loss of Hair.
8. Testicular Atrophy.
9. Signs of Portal Hypertension.
10. Ascites.

11. Hemorrhagic Tendency.

د Portal Hyper Tension نښې:

1. Prominent Abdminal Veins.
2. Splenomegaly.
3. Esophageal Varices.

هغه فکتورنه چې د Cirrhosis له کبله Ascitis ته لار هواروي:

1. Low Serum Albumin (Reduced Plasm Onctic Presure).
2. Portal Hypertension.
3. Increased Central Sympathic Outflow.
4. Increased Hepatic Lymph Weeping From the Surface of Cirrhotic Liver Due to Tortion and Obstruction of Sinussids and Lymphatics.

پلټنې:

1. ـ سیروم Bilirubin او Aminotranferases به نورمال او یا یو څه لوړ وي.
2. ـ Prothrombin Time به اوږدوي.
3. ـ Serum Albumin ښکته وي، البومین په ځیګر کې جوړیږي، ځکه نو د ځیګر په تخریباتو کې البومین نه جوړیږي.
4. ـ Serum Globulins به لوړ وي.
5. ـ د خېټې (Ascitis) مایع به زېړ رنګه، یاني Transudative به وي.
6. ـ MRI\CT به غیر نورمال حالت په ګوته کړي.

Model for Endstage Liver Disease (MELD):

MELD د ځيګر د دندو د ټاکلو او د ځيګر د Transplamt کولو د پره ښه لاره ده، يو رياضيکي موډل دی، چې Bilirubin ، Prothrombin Time يې د INR او Creatinine په شکل وجود لري.

د Child's Turcotte Pugh **ويشني له مخې دسيروزس انزار:**

جدول ددې ويشنې پواسطه د ځيګر د ناروغيو شدت او انزار څرګنديږي.

نمبرې	۱	۲	۳
اسايتس	نه وي	لږ	منځنی کچه
انسفالوپاتي	نه وي	لږ	شديد
µmol/L بيلروبين	> ۳۴	۵۰-۳۴	>۵۰
البومين (gm/L)	> ۳۵	۳۵-۳۸	< ۳۸
پروترومبين تايم په ثانيه	< ۴	۲-۴	> ۲

دپورتنی نمبرو دجمع کيدو څخه دناروغ دژوندی پاتې کيدو دمودی فيصدی معلوميږي

د Cirrhosis اختلاطات:

1. Ascites.
2. Spontaneous Peritonitis.
3. Hematemesis (Variceal Bleed).
4. Hepatoma.
5. Hepatorenal Syndrome.
6. Hepatic Encephalopathy.

2.Cardiac Disease:

د بنې زړه عدم کفایه Constrictive Pericaditis او Pericardial Effusion هم د خبن (Ascitis) سبب ګرځیدلی شي.

3.Hypoproteinemia:

د Hypoproteinemia له کبله تولیز پړسوب او خبن منځته راتلی شي.

4.Meig,s Syndrome

ددې سنډروم کلینک د Pleural Effusion، Ovarian Fibroma او خبن سره یو شان دی.

5.Budd – Chiari Syndrome:

د ځیګر د وریدونو بندښت ته وایي، یا Vena Cava د ځیګر ورید او بنې دهلیز تر منځ بندښت ته وایي.

لاملونه:

1. Polycythemia Vera (Thrombosis).
2. Oral Contraceptive (Thrombosis).
3. Invasion by a Fumor (Hepatic Renal).
4. Congenital Web.

اعراض:

د ښي Hypochondrium په برخه کې شدید درد د ګېډې له پړسوب یو ځای ډېرېږي.

نښې:

-ځیګر به غټ او حساس(Tender)وي.

-Tense Ascites (Fluid Thrill\ Shifting Dullness) به مثبت وي.

پلټنې:

1. د حبن مایع به Exudative یا Transudative وي.
2. VSG به د ځیګر نورمال ورید نه شي ښودلی، د ځیګر د وریدونو احتقان به شته.
3. -Venography به د بندښت اصلي برخه په ګوته کړي.

:Tuberculous Ascites

د پریتوان توبرکلوز ددې ډول حبن سبب ګرځي.

اعراض:

1. -د ناروغ ګېډه به په تدریجي ډول سره پړسوب کوي.
2. له خفیف تر شدید خپور شوي ګېډې درد به شتون لري.

نښې:

1. -ناروغ به کمزوری ښکاري.
2. خبن به سخت او تنفسي ستونزې به یې هم راولاړې کړې وي.
3. ډېرې کتلې ښایي، په ګېډه کې جس شي.

پلټنې:

1. -د حبن (Ascitic) مایع به وینه لرونکې وي یانې Exudative بڼه به لري.
2. د خباثت د مالومولو لپاره Cytology ازموینې ښه لاره ده.
3. وروستی تشخیص د پریتوان د Biopsy په وسیله کوو.

:Bacterial Peritonitis

دا افت د کولمو د سوري کېدو یا هم Appendicitis او Enteric Fever له کبله منځته راځي.

اعراض:

1. د ګېډې شدید درد به شتون لري.
2. تبه به په لوړه درجه کې وي.
3. د ګېډې پړسوب، کانګو او قبضیت تاریخچه به شته وي.

نښې:

1. -ناروغ به په ټولیزه توګه روغ نه ښکاري.
2. ګېډه به کلکه شوې وي.
3. حساسیت او Rebound Tenderness به شته وي.
4. د کولمو اوازونه له منځه ځي.

پلټنې:

1. -د ګېډې Plain ایکسري به د ګېډې پړسوب را په ګوته کړي، که د حجاب حاجز لاندې هوا را ټوله شوې وي، د کولمو د سوري کېدو نښه ده.

2. د حـبن مـایع بـه قیچـي، Exudative او Polymorphs > 1000\mm³ وي.

:Chemical Peritonitis

لاملونه يې ښايي چې:

A) Acid (د معدې ټپ خيري کېدل)

B) Bile (د صفرا له جراحي عملياتو وروسته د صفرا کڅوړې خيري کېدل).

اعراض:

1. -نـاروغ بـه د معـدې ټـپ، حـاد Cholecystitis، د صـفرا قنـات جراحـي تاريخچه ولري

2. نور اعراض يې Bacterial Peritonitis ته ورته دي.

Table -10 Diffrential Diagnosis of Acsitic Fluid:

نښې:

TABLE 6.1 Causes of ascites	
Fluid imbalance (arterial vasodilatation theory)	**Exudative**
Cirrhosis – common	Exudate-secreting tumours (peritoneal carcinomatosis)
Congestive heart failure – common	Infections (e.g. TB)
Myxoedema	Inflammatory disease (e.g. SLE)
Budd–Chiari syndrome	
Chylous	**Nephrogenic**
Obstruction (e.g. malignant lymphoma)	Haemodialysis
Iatrogenic (e.g. transection of the lymphatics)	Nephrotic syndrome
Retroperitoneal lymph node dissection	

Bacterial Peritonitis ته ورته نښې لري.

پلټنې:

1. د ګېډې Plain ایکسري به د حجاب حاجز په لاندېنۍ برخه کې د هوا ښودنه وکړي، که لامل یې د معدې ټپ څيري کېدنه وي.
2. که د پریتوان مایع را وایستل شي، د صفرا به ورسره ګډه وي.
3. په لومړنیو مرحلو کې د کلچر لپاره کوم ارګانیزم نه دی پېژندل شوي.

:Acute Pancreatitis

وینه بهېدونکی خبن د شدید پانکراس التهاب کلنیکي ګډه نښه ده. ستونزه ده، چې د منځني عمر ښځې اخته کوي.

:Primary Biliary Cirrhosis

د ځیګر په دننه کې د صفراوي لارو د Canaliculi ګډه ستونزه ده، چې د منځني عمر ښځې اخته کوي.

اعراض:

1. -د بدن ټولیز خارښت یې د پیل عرض دی، چې په وروستیو کې ښایي ناروغ له زیړي سره هم مخ شي.
2. د شحم د جذب خرابوالي له کبله نس ناستې.
3. د Osteomalacia له کبله د هډوکو دردونه او د هډوکو ماتېدنه، لامل یې د Vitamin D د جذب خرابوالی دی.

نښې:

1. -Scratch Marks به شتون لري.
2. په وروستیو کې زېړی هم منځته راتلی شي.

3. لومړنۍ کلنیکي برخه کې یې د ځیګر غټوالی دی.
4. که د باب ورید فشار لوړوالی (Portal Hypertension) منځته راشي، د ناروغ توری هم غټوالی کوي.

پلټنې:

1. -سیروم الکالین فاسفاتېز کچه به ډېره لوړه شي.
2. د سیروم Bilirobin کچه لوړيږي.
3. 1gM به لوړ وي.
4. Antimitochondrial انتي باډي به مثبت وي.
5. USG به له ځیګر څخه بهر د صفراوي لارو بندښت را په ګوته کړي.
6. د Lupoid Hepatitis د توپیر ولو لپاره د ځیګر Biopsy واخیستل شي.

:Hemochromatosis

لاملونه یې:

1. Primary.
2. Secondary.

a. Chronic Hemolytic Disorders.
b. Sideroblasitc Anemia
c. Multiple Blood Transfusions.

په پورته حالاتو کې د بدن په اوسپنه کې ډېر توپیر منځته راځي یانې د بدن په بېلا بېلو برخو کې لکه ځیګر، زړه او پانکراس کې ځای په ځای کېږي.
د Hepatoma پېښې ډېرې تر سترګو شوي.

Primary.1

د جنتیک افتونو د شتون له کبله اوسپنه ډېره جذبيږي.

Secondary.2

ځيني حالتونه سبب کېږي، چې بدن کې د اوسپنې زېرمې ډېري کړي لکه:

1. Chronic Hemolytic Disorders
2. Sideroblasitc Anemia
3. Multiple Blood Transfusions

اعراض:

1. -Cirrhosis، زړه عدم کفايي او شکر اعراض.
2. د Lipido کمښت او شنډوالی هم شونی دی.

نښې:

1. د Cirrhosis او زړه عدم کفايي نښې به شتون لري.
2. د پوستکي د زېړوالي نښې.
3. د خصيو کوچنيوالی.

پلټنې:

1. -د اوسپنې سيروم لوړوالی.
2. د سيروم Ferritin لوړوالی.
3. د ځيګر Biopsy تشخيص وروستی بولي ته رسوي.

:Wilson,s Disease

یوه Autosomal Recessive ستونزه ده، Ceruplasmin یو مس لرونکی پروټین دی، چې په Bile کې مس افرازوي او د Homeostasis دنده په غاړه لري.

اعراض:

-د ځیګر افتونه له حاد Hepatitis څخه ځنډني خواته ځي، دا ځنډنۍ بڼه د ځیګر Cirrhosis ته لاره هواروي.

نښې:

1. د ځیګر د ناروغیو نښې به شته وي.
2. غیر ارادي خوځښتونو شتون.
3. تر ټولو مهمه نښه یې (Kayser – Fleischer Ring) ده.
4. سیروم Ceruloplasmin به ټیټ وي.
5. د سیروم Copper کچه به ټیټه وي.
6. په ادرار کې د Copper اطراح ډېریږي.
7. د ځیګر په Biopsy کې د Copper کچه ډېره لوړیږي.

:Spontaneous Bacterial Peritonitis

لومړنی پریتونایټس هم ورته وایي، په هغه ناروغانو کې منځته راځي، چې د Cirrhosis له کبله په کې حبن سر را پورته کړی وي.

اعراض:

1. -تبه.
2. د ګېډې دردونه او د خبن د کچې ډېرښت.

3. د زېړي ډېرېدل.

نښې:

1. -د ګېډې حساسوالی.

پلټنې:

1. -د خبن مايع کې د Polymorphonuclear Leucocytes کچه به له **۲۵۰** **څخه** لوړه وي.

***Hepatorenal Syndrome*:**

ناروغان به د Azotemia د Oliguria او سوډيم لېدنې سره يو ځای په داسې حال کې منځته رشي، چې ناروغ به Cirrhosis او خبن هم لري.

❇❇❇

اتلسم څپرکی

د ځیګر غټوالی

Hepatomegaly

د ډېرو ناروغیو د شتون تر ټولو ښه فزیکي نښه د ځیګر غټوالی دی، چې د کتنې پر مهال لاندې برخې له پامه ونه غورځول شي.

1. Liver Size
2. د ځیګر سطحه (ښویه یا غوټه لرونکې).
3. مقویت (نرم، سخت، ګردې).
4. څنډې (تېره، ګردې).
5. حساسوالی Tenderness.
6. Pulsations نبضان.
7. Friction Rub\Bruit

:Acute Hepatitis

د ځیګر د غټېدو عام لامل دی، چې د ځیګر به حساس، سطحه به یې ښویه او مقویت به یې نرم وي.

د ځیګر د غټېدو عام لاملونه:

1. Acute Hepatitis.
2. (Cirrhosis,Chronic Hepatitis)Chronic Liver Disease.
3. (Right Heart Failure)Congestive Hepatomegaly.
4. Amebic & Pyogenic Liver Abscess.
5. Enteric Fever.
6. Malignancy.

:Chronic Liver Disease

ښايي چې د ځيګر څنډنی التهاب يا Cirrhosis وي.

:Chronic Hepatitis

د څنډني ځيګر التهاب تر ټولو ښه کلينيکي نښه Hepatomegaly ده، چې د ځيګر به نرم، ښوی او حساس نه وي.

:Cirrhosis of Liver

د Cirrhosis په لومړيو کې ځيګر غټيږي، چې کلک او غوټه لرونکی به وي، خو په وروستيو کې ځيګر سره راټوليږي يا نې غونجيږي (Shrunken).

لاملونه:

Congestive Hepatomegaly

د ځيګر حساس غټوالی، د ښې زړه د عدم کفايي تر ټولو ښه او اړينه فزيکي نښه ده.

د حساس (Tender) ځيګر د غټوالي لاملونه:

1. Hepatitis.
2. Congestive Hepatomegaly.
3. Liver Abscess (Amebic , Pyogenic.
4. Hepato – Cellular Carcinoma.

:Parasitic Infections

Amebiosis or Amebic Liver Abscess

له کولمو څخه بهر د Amebiosis لپاره تر ټولو عام ځای ځيګر دی، چې په ځيګر کې ډېر ښي برخه (Right Lobe) اخته کوي، لومړی ځايي التهاب او وروسته په هماغه ساحه کې خنځه(Absce) جوړيږي.

اعراض:

ناروغ به د لوړه درجه تبې سره يو ځای د ښي (Hypochondrium) په برخه کې درد لري.

ناروغ به په تېره شوي تاريخچه کې (Amebic Dysentry) لري، خو ډېره اړينه نه ده.

Jaumdice شته وي.

نښې:

ځيګر به غټ او حساس وي، چې سطحه يې ښويه او نرمه وي.

د حجاب حاجز د پورته کېدو له کبله به د ښي سږې قاعده **Dull** وي، همدا راز د **Atelectasis**د تشون پر مهال به **Crepitations** هم اورېدل کېږي.

پلټنې:

1. **ESR**به لوړ شوی وي.
2. **Leukocytsis** به شته وي.
3. په ايکسری کې به حجاب حاجز ښي ګنبده پورته شوې وي.
4. په اوبو کې به **VCG**نورمال وي، خو چې کله **Abscess** جوړه شوه، بيا به د **Cystic** افتونو نښې ډېرې غښتلې کېږي، چې په تشخيص کې ښه برخه اخلي.
5. د ابسې مايع ښه به چاکليت ته ورته وي.

6. **Serological** ازموینې په ۹۰ سلنه ناروغانو کې د ځیګر ابسې تثبیتولی شي.

:Hydatid Cyst

Hydatid سیستمونه Tapeworm او **Granulosus** Echincoccus د لاروا مرحله ده.

د بدن په هره برخه کې منځته راتلی شي، خو ځیګر یې ځانګړی ځای دی، بالغ شوي چینجیان یې په سپیانو کې وي، چې هګۍ یې په غایطه موادو کې ایستل کېږي او اوبو او نورو توکو د ملوث کېدو څخه وروسته انسان ته لېږدېږي.

اعراض:

په ښي Hypochondrium ساحه کې به ناروغ د بې درده کتلې د شتون تاریخچه بیانوي.

نښې:

ځیګر به په څرګند ډول غټ شوی وي، سطحه به یې نرمه، بې حساسیته او Cyst ډوله وي **Hydatid Thrill** [1] به د جس وړ وي.

پلټنې:

په Plain ایکسري کې به Cyst په دیوال کې Calcification ولیدای شي.
VCG کې به **Cystic** افتونه ولیدای شي.

---

1 د پړسوب له پاسه درې ګوتې اېښودل کېږي، د منځنۍ ګوتې په وسیله قرع اجرا کېږي، د قرع سره سم په دواړو ګوتو کې Thrill جس کېږي

Agglutination Test او CasoniTest به مثبت وي.

:Bacterial Infections

په ځېنو بکتريايي انتاناتو کې ځيګر غټيږي.

:Enteric Fever

په Enteric Fever کې د ځيګر يو کمه کچه غټوالی عام وي.

:Septicemia

تبه او د فشار ټيټوالی يې عام کلنيک دی، ښايي چې ځيګر يو څه لوی شوی وي، Leukocytsis او د ويني کلچر يې تشخيص وروستۍ پولې ته رسولی شي.

:Pyogenic Liver Abscess

د باب وريد انتان د Appendicitis له کبله په ځوانو وګړو کې د Pyogenic Liver Abscess تر ټولو عام کلينينک دی، نور لاملونه يې لکه Amebic Abscess,Infection of Biliry Tree معافيت ځپلي وګړي هم د يادولو وړ دي.

اعراض:

1) ناروغ به په لوړه درجه تبه Hypochondrium درد او که د حجاب حاجز په لاند ښۍ برخې تخريش ولري، نو به درد ښي اوږي ته هم ولېږد ېږي.

نښې:

ځيګر به غټ شوی او حساس وي.

Jaudice عام نه وي.

پلټنې:

a) Leukocytsis به شته وي.
b) ESR به لوړ وي.
c) Alkaline Phosphatase به لوړ وي.
d) UCG کې به د خنځو شتون وروستی شي.
e) د پرمختللي افت د شتون سم د Puss ایستل.
f) د وینې کرنه به مثبت وي.

: Miliary Tuberculosis

د ځیګر غټوالی د Miliary نري رنځ یو عام کلینیک دی.

:Malignancy

د خباثت خپریدنه هم لـه ځیګـر څخـه شـوني ده، (Hepato Cellular Carcinomo) او ښايي Metastasis سرچینه هم جوړه کړي.

:Hepato Cellular Carcinomo

د ځیګر اړین لومړنی خبیث حالت دی، چې په نارینه وو کې ډېر عام وي. پـه سیروټیک ځیګـر کې ۳ سلنه وېره ده، چې خباثـت تـه لاړ شـي، خو پـه ځنډېني Hepatistic B او Hepatistic C کې ۱۰۰ سلنه خباثت ته ځي.

اعراض:

۱. له درد سره یو ځای به جس کېدونکې کتله په ښي Hypochondrium کې وده وکړي.
۲. زړه بدوالی او د وزن بایلل ډېر عام وي.
۳. د Jaudice تېره شوې تاریخچه به شته وي.

نښې:

۱. په وروستیو کې Jaudice زیړی منځته راځي.
۲. ځیگر به غټ او د کلک غیر منظم مقویت لرونکی وي، حساس او Bruit به نه د اوریدلو وړ وي، Friction Rub هم ښایي چې واوریدل شي.
۳. په نیمایي ناروغانو کې خبن Ascitic منځته راځي، چې لامل یې Cirhosis ښودل شوی.

پلټنې:

۱.Alkaline Phosphatase به لوړ شي.
۲. Bilirubin به لوړ شي.
۳. Australia Anitigen مثبت وي، که په ځینو ناروغانو کې Australia Anitigen منفي وي، نو Ant HBc Antibodies به مثبت وي.
۴. Alpha Fetoproteins به لوړ وي(>400mg\ml) خو د ځیگر په Metastasis او Hepatitis پیښنو کې یې کچه ښکته کیږي.
۵. USG به د جامدي کتلې ښودنه وکړي.
۶. که افت تر ۲ سانتي متر پورې رسېدلی وي او راډیولویک نښې یې نه شوې ښودلی، اړتیا ده، چې ناروغ ته Biopsy توصیه شي.
۷.**Metastasis** ناروغیو کې د خبن مایع وینه لرونکې وي، چې ورسره یو ځای ډېره کچه Proteins هم لري، خبیث حجرات هم مثبت وي.
هغه حالتونه چې Hepatocellular Carcinoma ته لار هواروي:

1. Cirrhosis Due to Any Cause.
2. Hepatitis B and C.
3. Hemochromatosis.
4. Alchol.
5. NASH (Non Alcoholic Steato Hepatitis).

6. Aflatoxin.

:Metastasis

ځیګر تر ټولو ډېر عام خپریدونکی ځای دی، چې Metastasis ته اماده ده، په تېره له GUT(Stomach ,Colon) څخه.

اعراض:

۱. ژوړ زیړی به شته وي.
۲. ځیګر به کلک او غوټه لرونکی وي.

پلټنې:

۱. سیروم بیلوروبین او Alkaline Phosphatase به لوړ شوی وي.
۲. په VCG کې به ډېرې جامدې کلکې ساحې ولیدای شي.
۳. Biopsy تشخیص وروستۍ پولې ته رسوي.

:Leukemias

ځیګر به په کمه کچه غټ شوی وي.

: Metabolic Disease

Metabolic Disease او ګلایکوجن زېرمه کوونکې ناروغۍ په وګړو کې د ځیګر غټوالي سبب ګرزي.

:Diabetes Mellitus

شحمي ځیګر (Fatty liver) د Hepatomegaly اصلي لامل دی، چې ځیګر به نرم، ښوی او غیر حساس وي، په کمه کچه نا ارامښت په ښي Hypochondrium کې Fatty liver له کبله د Diabetes Mellitus د کلینیکي نښو ښودنه کوي.

:Glycogen Storage Disease

Glycogen مرحلــه کــې پېښېـــږدونکې نـــاروغۍ دي، ښـــايي چــې نـــاروغ Hypoglycemic حملې ولري، ځيګر به په روښانه توګه غټ شوی وي.

***

نولسم څپرکی

د توري غټوالی

Splenomegly

د توري غټوالی د بېلا بېلو ناروغیو د تشخیص لپاره ښه فزیکي نښه ده، که دوه نیم ځله له خپل نورمال حالت ډېر پر توري غټ شوی وي، Horizontal افقي جس کېدای شي، په داسې حال کې چې که توری اعظمي غټ شوی وي، جس یې Vercal ډول سره کېدای شي.

لاملونه:

1. Malaria.
2. Enteric Fever.
3. Portal Hypertension.
4. Virtal Hepatitis.
5. Lymphomas.
6. Leukemias.
7. Myeloproliferarive Disorders.
8. Hemolytic Anemia.
9. Miliary Tuberculosis.
10. Systemic Lupus Erythematosis.
11. Infective Endocarditis.
12. InfectiveMononucleosis.
13. Kala Azar.

:*Malaria* .1

په کمه کچه د توري غټوالی په ملاریا کې عام دی، خو په ځندنۍ ملاریا کې توری بې کچې غټوالی مومي.

Enteric Fever.2

د توري غټوالی د Enteric Feverیوه عامه کلينيکي نښه ده.

د توري د ډېر کچې غټوالي لاملونه:

توری ښايي تر ۸ سانتي متر ښکته د پښتيو له څنډو څخه جس شي.

1. Chronic Malaria
2. Chronic Myeloid Leukemia
3. Polcythemia Vera
4. Myelofibosis
5. Kala Azar

3. Portal Hypertension

د توري غټوالی د Portal Hypertension تر ټولو بارزه فزيکي نښه ده.

4. Viral Hepatitis:

په وايروسي ځيګر التهاب کې هم توری غټوالی مومي.

5. Lymphomas:

Hodgkin,s Lymphoma

د توري اخته کېدل په دې مانا چې افت خپور شوی دی، (Stage IV, Stage III) د Splenctmyاو هستالوزيکو ازموينو په مټ بايد وختونه د لمفوما پرته هم توری غټوالی مومي، يانې له خپل اصلي اندازې لويوالی کوي، چې دا ډول پېښې په خبيث حالت کې ډېرې وي.

Non Hodgkin,s Lymphoma

د Hodgkin,s لمفوما د اخته کېدو څخه دمخه توری اخته کېږي.

:Leukemias .5

Hematopoietic سیستم خبیث حالت ته Leukemias وايي، چې له مخې يې معافيتي سيستم، وينه او هډوکو مغز او د هغوی حجرات په Neoplastic Cells اوړي، په دوه برخو ياني حاد (Rapidly Fatal)اوړي.

په دوه برخو ياني حاد (Rapidly Fatal) او ځنډني (Sloly Growing)کې ويشل کېږي.

1. Acute Lymphoblastic Leukemia
2. Acute Myeliod Leukemia
3. Chronic Lymphocytic Leukemia
4. Chronic Myeloid Leukemia

Acute Lymphoblastic Leukemia.1

په ماشومانو کې ډېره يوه عامه ناروغي ده.

اعراض:

1. د بدن له بېلا بېلو برخو څخه وينه بهېدنه او تبه يې تر ټولو ښه عرض دی.
2. ناروغ د کمخونۍ له اعراض و سره يو ځای پرله پسې تبه لري(لمفاوي غوټې غټې شوې وي).

نښې:

1. ناروغ کمخونه وي.

Lymphodenopathy او Hepatosplenomegaly به شته وي.

2. په پوستکي کې Bruises او Petechiae شته وي.
3. د بيضو غټوالی ښايي وليدای شي.

4. د CNS ځينې نښې هم د ليدلو وړ وي.

پلټنې:

1. هيموګلوبين کچه به ټيټه وي.
2. ESRبه لوړ وي.
3. TLC به لوړه وي.
4. Platelet کچه به ټيټه وي.
5. د هډوکو له مغز څخه په سلايډ جوړولو کې به Lymphoblasts وليدا ی شي.
6. د سحايا ډېره اخته کوي او CSF بايد Leukemic حجراتو وپلټل شي.

2. *Acute Myeliod Leukemia:*

په ځوانانو کې يې پېښې ډېرې وي، چې د عمر په ډېرېدو سره ډېرښت مومي.

اعراض:

1. ستړيا، زړه بدوالی، دوزن بايلل يې عام اعراض دي.
2. تبه، د بدن له بېلا بېلو برخو وينه بهيدل، خولې کېدل، د هډوکو درد او سر درد.

نښې:

1. Splenomegaly (د توري غټوالی) Hepatomegalyc (د ځيګر غټوالی)، د لمفاوي غوټو غټوالی (Lymphadenopathy)
2. د سټروم هډوکي شخوالی يې هم يوه نښه ده.

3. ناروغ به د هضمي سیستم د پورتنیو برخو او ښکتنیو برخو وینه بهیدنه لري، ښایي د سږو په منځ، کوپړۍ دننه او Retina څخه وینه بهیدنه ولري.
4. Retina Infiltration, Papilledema د Cranial اعصابو فلج.
5. په Monocyteleikemia کې د پوستکي نو ډولونه او د Gum (وریو)نو ډولونه غټوالی مومي.

پلټنې:

1. ناروغ به Normocytic او Normo Chronic کمخوني لري.
2. TLC کچه به له $15.000\backslash mm^3$ څخه ډیره وي، خو شونې ده له $5.000\backslash mm^3$ څخه کمه هم شي.
3. Thrombocytopenia به شته وي.
4. په ۹۵ سلنه پېښو کې غیر نورمال Leukemic حجرات پراته وي.
5. د هډوکو په مغز کې Myloblasts شتون به تشخیص ترورو ستي بریده ورسوي.

:Chronic Lymphocytic Leukemia.3

په زړو وګړو او منځني عمر خلکو کې یې پېښې ډېرې وي.

اعراض:

1. ناروغ به په کیڼ Hypochondrium ساحه کې د یوې کتلې د شتون احساس کوي.
2. په کیڼ Hypochondrium ساحه کې دتوري د مړینې (Infarct) له کبله ناروغ شدید درد احساسوي.

3. د میتابولیک ریتې ښکته کېدو له کبله ناروغ کې خولې کېدل، تبه، د وزن له لاسه ورکول ډېر عام اعراض دي.

نښې:

1. ناروغ به خاثف وي.
2. توری به یې کچې غټې شوی وي.
3. ځیګر به هم غټ شوی وي.
4. لمفوي غوټې ډېرې نه اخته کېږي.
5. د میتابولیک ریتې د لوړېدو له کبله ښایي، ناروغ کې جاغور را منځته شي.
6. د ناروغ په ببلا ببلو برخو کې د Thrombosis نښې ښایي ولیدا ی شي.

پلټنې:

1. د هیموګلوبین کچه ښکته کېږي، کمخوني به Normocytic Normocytic وي.
2. TLC به ډېره لوړه شوې وي، Blast Cell به له ۱۰ سلنې څخه کم وي.
3. Platelet کچه به نورمال یا لوړه شوې وي.
4. Leukocyte Alkaline Phosphatase به ډېر ټیټ شوی وي.
5. B12 Binding Protein او Serom B12 به لوړ شوی وي.
6. د سیروم Uric Acid کچه به لوړه شوې وي.
7. د سیروم LDH کچه هم لوړیږي.

:Myeloproliferarive Disorders

د وینې جوړونکو عناصرو د یو یا څو برخو د ډېرښت ستونزه ده، چې لاندې برخې لري:

1. Chronic Myeloid Leukemia
2. Polycythemia Vera
3. Essential Throbocythemia
4. Myelofibrsis

:Chronic Myeloid Leukemia.4

1. Accelerated phase
   a. Increase degree of anemia due to bleeding and chemotherapy
   b. Blood or bone marrow blast 10-20%
   c. Blood or marrow basophil>20%
   d. Platelate count<100.000/mm3
2. Blastic crisis

a. It is acute leukemia feature
b. Bone marrow blast>20%

Polycthemia Vera:

يو Myeloproliferative ګډوډي ده، چې ناروغ به Erythroctosis هم لري.

اعراض:

1. ناروغ به سر خوږ، سرګيدل، د غوږ بنګېدل او د ليدلو ګډوډۍ لري.
2. جاغور او د معدې ټپ اعراض.
3. د وريدي او شيرياني ترومبوزس اعراض.

نښې:

1. سيستوليک فشار لوړوالی.
2. د توري يې کچې غټوالی.
3. د ترومبوزس او جاغور نښې.
4. د Epigastric د حساسيت عامې نښې.

پلټنې:

1. د سرو حجرو ډېرښت.
2. Hemoglobin او Hematocrite لوړوالی.
3. د توري د غټوالي پرته به تشخيص به Leucocytosis او Thrombocytosis بلل شوی.
4. د سيروم Erythropoietin کچه به نه وي لوړه شوې.

نورې لابراتواري موندنې: لکه Leukocte Alkaline Phosphatase، Serum Uric Acid او Vitamin B_{12} کچې به هم لوړې شوې وي.

د Erythroctosis د لوړوالي لاملونه:

1. Poly Cythemia Vera.
2. Hypoxin (Lung Disease).
3. Increased Autonomous Production of Erythroctosis.

:Myelofiberosis

په ځيګر، توري او توري غټوالي کې Myeloid Metplasia، Marrow Fibrosis او Extra Medullary شته وي.

اعراض:

1. ناروغ د کمخونۍ له اعراضو سره يو ځای په کيڼ Hypochondrium ساحه کې د کتلې د شتون حس کوي.
2. د توري د مړينې Infarct له کبله شديد درد ااحساسيږي، چې د ساه اخيستلو سره ډېرښت مومي.
3. ناروغ به تبه لري.

نښې:

1. ناروغ به خاسف وي.
2. د ناروغ توری به بې کچې غټ شوی وي.

پلټنې:

1. د هيموګلوبين کچه به ټيټه وي.
2. د TLC او Platelet کچه به تغيره يانې يا به لوړه يا به ټيټه وي.
3. Philadelphia کروموزوم به شتون نلري.

Leukocyte Alkaline Phosphatase به نورمال يا ډېر شوی وي.

:Hemolytic Anemias .8

د توري په غټوالي کې Hemoltic وینه لږې عامه وي، ښايي چې د Coomb,s Test هم مثبت وي.

:Miliary Tuberculosis.9

په Miliary نري رنځ کې توری غټوالی مومي، ناروغ به زړه بدوالی، د وزن بایلل او تبه هم لري، د ګوګل په ایکسری کې به Miliary Mottling نښې روښانه لیدای شي، همدارازد ځیګر په Biopsy کې به Caseating Granuloma نښې شته وي.

Systemic Lupus Erythematosis(SLE).10

د توري کوچنیوالی پېښې په **SLE** کې ډېرې وي، نورې کلینیکي نښې:لکه د محاطي غشا ټپونه، د پوستکي Rash، د بندونو التهاب او ANF مثبتوالی هم د یادولو وړ دی.

:Infective Endocarditis.11

په تبه او د زړه او رګونو ناروغیو د شتون پر مهال د انتاني Endocarditis تر ټولو ښه نښه د جس کېدونکیي توري شته والی دی، د وینې کرنه به هم مثبت وي.

:InfectiveMononucleosis.12

کوچنی جس کېدونکی InfectiveMononucleosis تر ټولو ښه کلینیکي نښه ده، ناروغ به حاده لوړه تبه او د ستوني درد لریو Paul – Bunnel او Monospot Test به مثبت وي.

: Kala Azar.13

دې ډول ته جداري لشمانیا هم وايي، په هند او بنګله دیش کې عهامي ناروغۍ دي او لامل یې Leishmania Donovani دی، چې توری تر وروستي بریده غټوالی مومي.

***

شلم څپرکی

Lymphadenopathy

کله چې لفماوي غوټې غټې شوې وي، د هماغې غوټې لاندې بڼې په نظر کې ونیول شي.

1. Site (ساحه)
2. Size(کچه)
3. Number(شمېر)
4. Tenderness(حساسیت)
5. Discrete or Matted Together
6. Consistency
7. Overlying Skin
8. Any Discharge Sinus

نورې لمفاوي غوټې د ځيګر، توري او نورو برخو هم جس شي.

لاملونه:

1. Infection
2. Tuberculosis
3. Leukemias
4. Lymophomas
5. Viral Hepatitis
6. Sarcoidosis
7. Infection Mononucleosis

1.انتانات او خبيث حالت:

1. غټه شوې لمفاوي غوټه به جس کېږي، لمفاوي غوټه باید د خباثت لپاره وکتل شي.

2. که د Cervical د برخې لمفاوي غوټې غټې شوې وي، د خولې تشه او د Scalp برخه هم وکتل شي.
3. که د تخرګ د برخې لمفاوي غوټې غټې شوې وي، د بازو او ثديو (Breast) برخې دې هم وکتل شي.
4. که Pararrtic برخې لمفاوي غوټې غټې شوې وي، په نارینه وو کې د بیضې (Testes) وکتل شي.

Tuberculosis.2

د Cervical د برخې لمفاوي غوټې د افت د اخته کېدو عام ځایونه دي، چې نورې برخې هم اخته کولای شي.

اعراض:

1. د ناروغ د غټې شوې لمفاوي غوټه له یو Sinus څخه افرازات لري.
2. تبه، د شپې له خوا خولې کېدل به شتون ولري.

نښې:

1. لمفاوي غوټې به حساسې او یو له بل سره نښتې وي.
2. له لمفاوي غوټې څخه د افرازاتو او Scar جوړېدنې تا یخچه به شته وي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ وي،
2. Tuberculin ټیسټ به هم مثبت وي.
3. په Ray _ X کې به د سږو توبرکلوز نښې موجودې وي.

Leukemias.3

Lymophomas.4

دوه ډولونه لري:

1) Hodgkin׳s Lymphoma
2) Non - Hodgkin׳s Lymphoma

a) Hodgkin׳s Lymphoma

دا ډول لمفوما په ځوانانو کې ډېر وي.

اعراض:

1) پر غاړه کې د کتلې شتون یې ښه عرض دی.
2) سیستماتیک اعراض:لکه سترپیا ، کمزوري، بې اشتهایي، د وزن بایلل، تبه، د شپې لخوا خولې کېدل او عمومي خارښت به شتون ولري.

نښې:

1. اول د Cervical لمفاوي غوټې اخته کېږي، چې ښایي نورې غوټې اخته کړي.
2. ځیګر او توری (Spleen) به غټ شوی وي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي او Normocytic او Normochromic کمخوني به موجوده وي.
2. Eosinophilia به موجوده وي.
3. د ځیګر په اخته کېدو سره به LFTs غیر نورمال وي.
4. د ګوګل X-Ray او CT Scan کې د Mediastinal Lymphadenopathy ښه تر سترګو کېدای شي.
5. د ګېډې د برخې د لفماوي غوټې د اخته کېدو پر مهال د VCG په وسیله ښه تشخیصیږي.

6. د لمفاوي غوټو په Biopsy کې به Read – Sternberg حجرات ولیدای شي.
7. د هډوکو مغز کې به لمفاوي حجرات ولیدای شي.

Stages of Hodgkin,s Lymphoma

Non - Hodgkin,s Lymphoma (b

دا ډول لمفوما په ډېر عمره وګړو کې ډېر را منځته کېږي.

اعراض:

1. د کتلې جس په افت ککړ غوټه کې ډېر عام عرض دی.
2. کمزورتیا ، د وزن بایلل او تبه هم شوني ده.
3. خارښت نه وي.

د لمفوما اختلاطات:

1. Dysphagia.
2. Respiratory Distress.
3. Superior Vena Cava Obstruction.
4. Inferior Vena Cava Obstruction.
5. Intestinal Obstruction.
6. Ascitis.
7. Paraplegia.
8. Bone Pain.

نښې:

1. ناروغ به کمخونه (Anemic) وي.
2. ټولیزه Lymphadenopathy او Hepatosplenomegly به موجوده وي.
3. په وروستیو کې د ګیډې لمفاوي غوټې هم اخته کوي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.
2. کمخوني به Normocytic ، NormoChronic یا هم Hemlytic وي.
3. د ځیګر په اخته کېدنه LFTs غیر نورمال وي.
4. Mediastinal Lymphadenopathy په ایکسري کې نه لیدل کېږي.
5. USG کولای شي، چې د ګېډې د لمفاوي غوټو نویوالی را په ګوته کړي.
6. له لمفاوي غوټې څخه Biopsy اخیستل تشخیص وروستی کوي.

Viral Hepatitis:

6. Sarcoidosis:

څنډنۍ سیستماتیکه Granulomatous ناروغي ده، چې ډېر سږي او لمفاوي غوټې اخته کوي.

اعراض:

1. وچ ټوخي یې پیلیز عرض دی.
2. تبه او د بندونو درد هم ډېر وي.
3. د سترګو درد یې هم ښه عرض جوړوي.

نښې:

1. په روښانه توګه لمفاوي غوټې غټې شوې وي.
2. Erythema Nodosum به وي.
3. بندونه به پړسیدلي او Iridcyclits به شتون ولري.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.

2. د سیروم کلسیم لوړیږي.
3. د ACE سویه لوړیږي.
4. ښه ځانګړنه یې دوه اړخیز Hilar Lymphade Nopathy ده.
5. Tuberculin ټیسټ به مثبت وي.
6. Kveim ټیسټ به مثبت وي.(سارکوئید انتی جن به 0.1ml داخل دپوستکی کی زرق شی په مثبت حالت کی د۴ هفتو لپاره به ساحه پړسیدلی وی او په بایوبسی کی به سارکوئید افت مثبت وی. نن ورځ نه کارول کیږی.
7. د سږو د بین الخلایي ناروغۍ له کبله سږې خپله سمه دنده له لاسه ورکوي.
8. د لمفاوي غوټو Biopsy به Non - Caseating Granuloma ښودنه وکړي.

:Infectious Mononucleosis

په ځوانو وګړو کې د Epstein Bar)EP)وایروس له کبله منځته راځي.

اعراض:

لوړه درجه تبه د حادې ناروغۍ له پیل سره یو ځای ناروغ د ستوني درد هم لري.

نښې:

1. Periorbital Ederma .
2. Cervical لمفاوي غوټې غټوالی.
3. د توري غټوالی(Splenomegely)
4. Petechiae د نرم تالو او سخت تالو د یو ځای کېدو په برخه کې د لیدو وړ وي.

5. د ستوني درد په درملنه کې د Ampicillin له توصیي څخه وروسته په ناروغ کې Maculop;uar Rash منځته راځي.

پلټنې:

1. د وينې په سلايد کې د Atypical Mononuclear Cells ټيستونه به مثبت وي.
2. Paul – Bunnel او Monospot ټيستونه به مثبت وي.
3. LFTs به غيره نورمال وي.

د Hilar Lymph Nodes د غټوالي لاملونه:

1. Primary Pulmonary Tuberculosis
2. Hodgkin,s Lymphoma
3. Sarcoidosis
4. Metastases

Evaluation of a Patients with Lymphadenopathy:

په ډېرو وختونو کې سليمو پېښو کې له کبله لمفاوي غوټې غټيږي، چې Biopsy ته يې اړتيا نه ليدل کيږي.

خو په لاندې حالتونو کې Biopsy ته اړتيا ليدل کيږي.

1. د ۴۰ کلنۍ څخه ډېر عمره وګړي.
2. کله چې افت د Clavicula هډوکي په پورتنۍ برخه کې وي.
3. د لمفاوي غوټې کچه له 2cm2 څخه ډېره وي.
4. غوټه سخته وي.
5. غوټه دردناکه نه وی

په لاندې حالتونو کې Biopsy څخه مخنيوي وشي:

1. له ۴۰ کلنۍ څخه ټيټ عمر لرونکي وګړي.

2. کله چې د غوټې کچه 1cm2 څخه کمه وي.
3. غوټه به سخته نه وي.
4. غوټه به دردناکه او حساسه وي.

***

یوویشتم څپرکی

وینه لږي

Anemia

که د اړتیا وړ Hb هیموګلوبین کچه په نظر عمر، نظر جنس ته بسنه ونه کړي، وینه لږي (Anemia) ورته وایي.

په نوي زېږېدلو ماشومانو کې د Hb نورماله کچه 20gm\dl وي، چې په ناڅاپي ډول د ژوند په لومړي کال 10gm\dl ته راښکته کېږي، وروسته بیا تر ځوانیدو پورې په تدریجي ډول په ښځو کې تر (14±2)gm\dl په نارینه وو کې تر (16±2)gm\dl ته رسېږي.

وینه لږي به ځکه وي، چې:

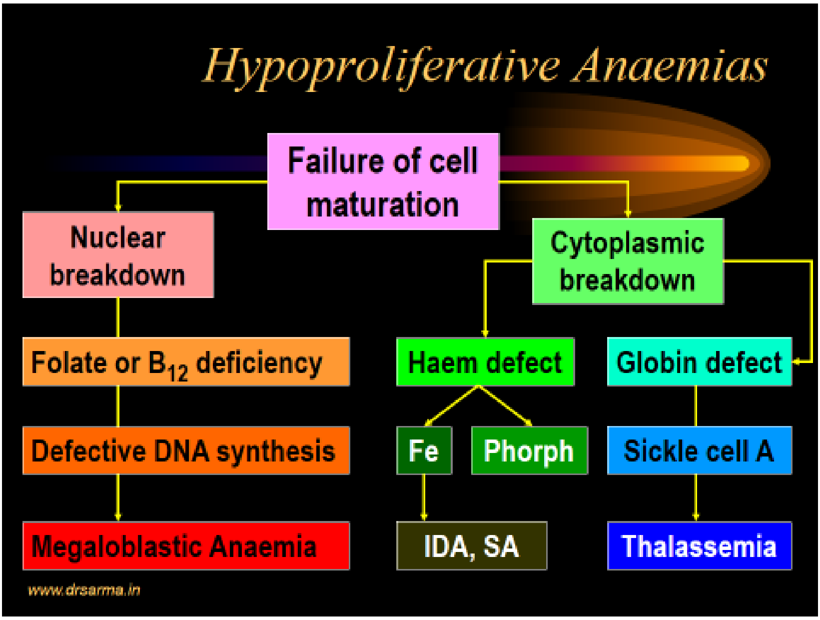
1. وینه بهیدنه به شته وي.
2. د RBCsد تولید (جوړیدو) کمښت.
3. Hemolysis

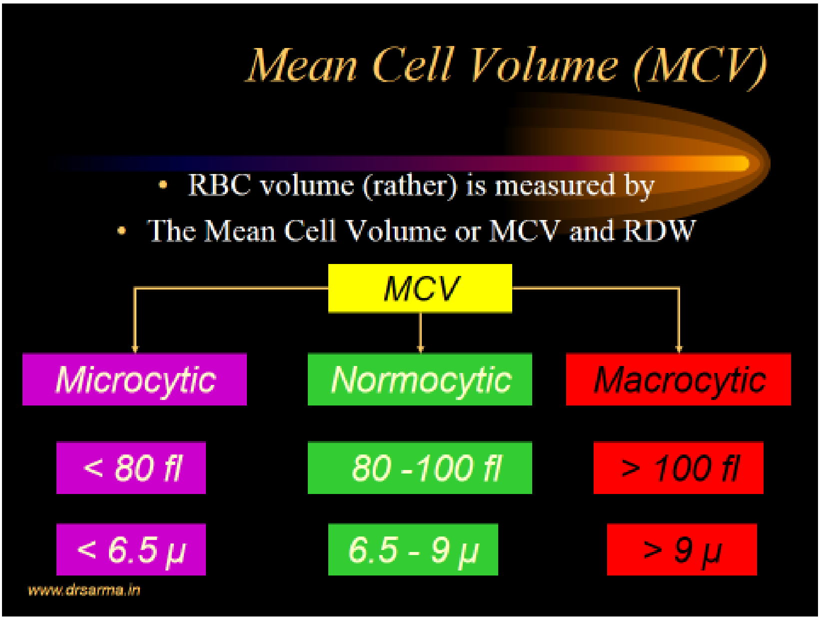
دانیمیا پوری اړوند اصطلاحات :

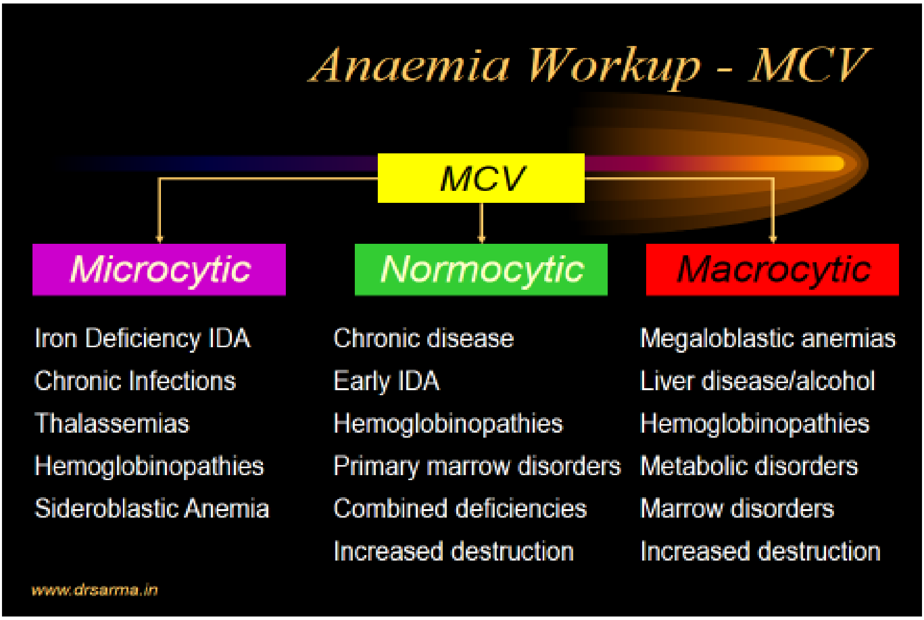
1. MCV(mean carpuscular volume) د وینی د سری حجری سایز ښئی.
   a. Normocyte(MCV80-100FL)
   b. Microcyte< MCV80L
      i. IDA
      ii. Thalassemia
      iii. Sidroblastic anemia
   c. Macrocyte> MCV100FL

i. Vit-B12 defficiency
ii. Folate deficiency

2. RBC indices
3. Mean corpuscular hemoglobin(MCH)
4. Mean corpuscular hemoglobin concentration(MCHC
5. Normochromic anemia د سری حجری د هیموگلوبین غلظت MCH او MCHC نارمل وی.
6. Hypochromic anemia د سری حجری MCHC او MCH کـم وی .
7. Anisocytosis په محیطـی فلـم کـی د سـری حجـری سایز یو دبل سره توپیر لری .
8. Poikilocytosis په محیطی فلم کـی د سـری حجـری شکل یو دبل سره توپیر ولری .
9. Reticulocyte (young RBC) پــه نارمــل حالــت کــی دسری حجری په محیطی فلم کی شمیر يي ٢٪ دی که شمیر يي زیات وی دمخ عظم فعالیت زیاتوالی ښئي .


Hypoproliferative Anaemias
Failure of cell maturation
Nuclear breakdown
Cytoplasmic breakdown
Folate or B12 deficiency
Haem defect
Globin defect
Defective DNA synthesis
Fe
Phorph
Sickle cell A
Megaloblastic Anaemia
IDA, SA
Thalassemia
www.drsarma.in


Mean Cell Volume (MCV)
• RBC volume (rather) is measured by
• The Mean Cell Volume or MCV and RDW
MCV
Microcytic
Normocytic
Macrocytic
< 80 fl
80 -100 fl
> 100 fl
< 6.5 μ
6.5 - 9 μ
> 9 μ
www.drsarma.in



د وینه لږی اعراض:

د وینه لږی اعراض د ویني د کمښت په پرمختګ او شدت پوري اړه لري، که هیموګلوبین کچه په ورو ورو ټیټیږي، اعراض هم ورو وي، خو که د هیموګلوبین کچه په بیړه سره ټیټیږي، اعراض یې هم ژر ځان رامخي ته کوي.

1. ناروغ به د بدن ټولنیزه کمزوري او زر ستړیا لري.
2. د زړه ټکان او سابندي هم شته وي.
3. بې اشتهایي.

د وینه لږی نښې:

1. خاثفوالی یې اصلي نښه ده، د کتني ښه ځایونه یې د نوکانو بستر،

پوستکی (ورغوی)او د ژبې لاندېنۍ سطحه.

2. نبض ګړندی وي.
3. د نبض فشار به پراخ وي (Wide Pulse Pressure)
4. پـه پولنمـو نـري سـاحه کـې بـه د نـدیز Ejection Systolic Murmar واوریدل شي.
5. Koilonychia د اوسپني کمښت وینه لږي کې لیدل شئ.
6. Hemolytic Anemia کې خفیف زیړی تر سترګو کېږي.
7. د هډوکو بد شکلي په Thalassemia وګړو کې منځته راتلی شي.
8. د هډوکو بد شکلي په Thalassemia وګړو کې منځته راتلی شي.
9. د لینګو (Legs)ټپونه د Sickle Cell Anemia یوه کلینیکي نښه ده.

د وینه لږي Anemia لپاره اړینې پلټنې:

1. د هیموګلوبین ټاکل یې لومړنی ګام دی او معاینه ده.
2. په دوهم قدم کې به Reticulocyte شمېر وټاکل شي.

Reticulocyte ځوانې حجرې دي، چې د هډوکو مغز پـه وسیله جوړیږي، نورماله کچه٪(۱ـ۲) ده.

:Reticulocyte Index

:Normocytic Anemia

د وینې سرو حجرو **RBCs** نورمال اندازې ته وايي، په دې مانا چې د (Mean Corpuscular Voume)MCV کچه به نورمال ده.

دوه ډوله ناروغۍ دي، چې Normocytic Anemia سبب ګرځي.

Chronic Disease.A

Bone Marrow Problem.B

Chronic Disease.A

نړدې ټولې ځنډنۍ سرچینه لرونکي ناروغۍ د وینه لږي سبب کېږي.

لاملونه:

1. Chronic Infection.
2. Connective Tissue Disorders.
3. Malignancies Without Infiltration the Loone Marrow.
4. Chronic Renal Disease.

پلټنې:

1. هیموګلوبین کچه به ټیټه وي.
2. سرې حجرې به Normocytic او Normo Chronic.
3. د سیروم اوسپنې کچه به نورمال یا ټیټه وي.
4. د هډوکو مغز کتنه به د Paplasia اړوند مالومات راکړي.

: Microcytic Anemia

پـه دې مانـا چې RBCs لـه نورمـال کچې ځخـه کـوچني دي، د هـر وخت لپـاره Microcytic وي، خو Normocytic هم کېدلی شي.
ددې ډول وینه لږي اصلي لامل د اوسپنې کمښت جوړوي.

لاملونه:

1. Iron Deficiency Anemia.
2. Thalassemia.
3. Chronic Inflammation.
4. Siderobastic Anemia.

Iron Deficiency Anemia

د وینه لږي عام ډول دی.

لاملونه:

1. Menorrhagia.
2. Repeated Pregnancy.
3. Malabsorption.
4. Nutration.
5. Blood Loss Due to.
   i) Hook Worm Infestation.
   ii) Hemorrhhage(Traumatic,Epistaxis,Hemoptysis, Hematemesis, Melana).

اعراض، نښې یې نورو وینه لږي په شان دی، خو د اوسپنې په کمښت د خولې چاودیدل د خولې التهاب او Koilonychia یآده ونه ایستل شي.

پلټنې:

1) هیموګلوبین کچه به ټیټه وي.
2) سرې حجرې به Microcytic او Hypochromic وي.
3) د اوسپنې سیروم کچه به ټیټه وي.

د اوسپنې د کمښت کچې تشخیصونه:

1) (Total Iron Binding Capacity)TIBC به ډېره شوي وي.
2) Serum Ferritin به ټیټ وي.
3) Stainable Iron به په هډوکو مغز کې نه وي.

2. *Thalassemia:*

وینه لږي به Microcytic وي، دا به Hemoglobinopathy لرونکې Hemlysis وي، په هکله یې Hemolytic Anemia به کې نور مالومات

ورکړل شوي.

:Microcytic Anemia

دا په دې مانا چې سرې حجرې (MCV)به له نورمال څخه ډېر شوی وي.
Megaloblastic Anemiaيې اصلي لامل جوړوي.

لامل:

1) Megaloblastic Anemia (B12 Folic Acid Dificiency).
2) Hemolytic Anemia.
3) Liver Disease.
4) Alcoholism.
5) Hypothyroidism.
6) Aplastic Anemia.

:Megaloblastic Anemia

Vit B_{12}او فولیک اسید د کمښت له کبله افت منځته راځي.
د DNAجوړیدنه ځنډیږي، ډېر وده کوونکي حجرات زیانمنیږي، لکه د Hematopoitic او په کولمو کې د Epitheliel حجرات.
Cell Devision ورو وي، خو Cytoplasmic پرمختګ نورمال وي، حجرات غټ وي، د DNAپه پرتله RNA نسبت ډېر وي، دې حالت ته Megaloblastic Anemia وايي.

:B_{12} Diffícieny

B_{12} ويټامين له حيواني خوړو څخه ډېر لاسته راځي، کمښت يې ځکه ورو په بدن کې منځته راځي، چې د درې کلونو پورې بدن کې زېرمه کېداى شي.
د پېښېدو پر مهال کمخوني شديده وي، د خوړو له کبله يوازې هغه وخت

B_{12} ویټامین کمښت منځته راځي، چې تازه میوې او سبزیجات په رښتیني او پرله پسې ډول ونه خوړل شي، نور اصلي د کمښت یې Malabsorption بلل شوي.

لاملونه:

1. Nutritional Dificeny.
2. Pernicious Anemia.
3. Total Gastrecomy.
4. Bacterial Overgrowth.

اعراض:

1. د وینه لږي عام اعراض.
2. په لینګو کې parasthesia منځته راتلل.
3. ناروغ به پښو او لینګو کې کمزوي احساسوي.

پلټنې:

1. MCV به ډېره شوې وي.
2. نیوتروفیل به Hypersegmentend هستې ولري.
3. سیروم **B_{12}** کمښت.
4. د Schilling ازموینې په د **B_{12}** ویټامین کمښت لامل مالومول.

:Folic Acid Dificeny

د سبزیجاتو او حیواني سرچینې یې دواړه د یادولو وړ دي، فولیک اسید په کمه کچه بدن کې زېرمه کېږي.

لاملونه:

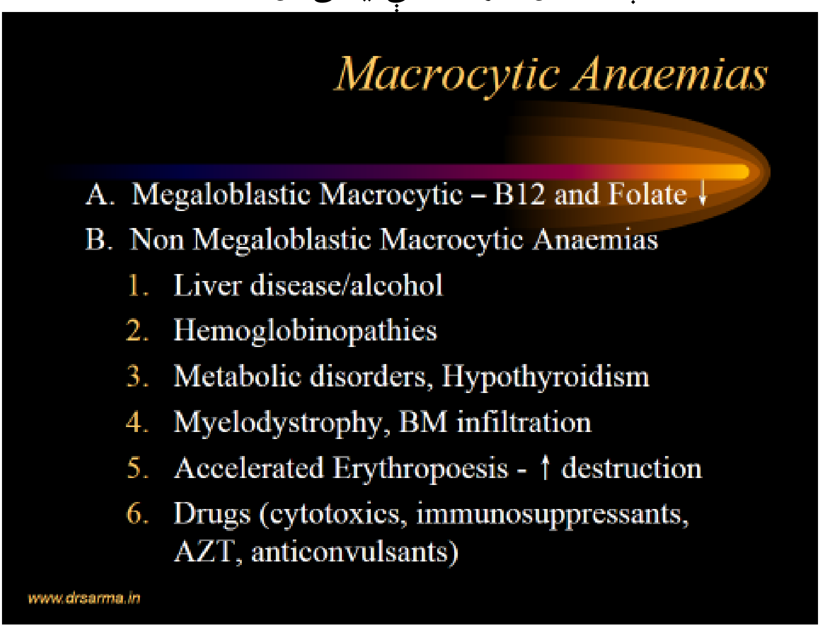
1. Nutritional Dificeny.

2. Malabsorption.
3. **3.** Increased Requirement(Pregnancy,Hemolytic Anemia)
4. Drugs (Pyrimethamine ,Methtrexate).

اعراض او نښې يې د کمخونۍ عامې نښې او اعراض جوړوي، خو په ځينو وګړو کې د ژبې التهاب **(Gossitis)** لـړې پېښـې او Neurological يـو څه پېښې ليدل شوي.

پلټنې:

1. وينه لړي به marocytic وي.
2. سيروم RBC او فوليک اسيد کچه به ټيټه وي.
3. Megaloblasts په هډوکو مغز کتنه کې ليدلی شو.



Hemolytic Anemia:

د وینې سرو حجراتو ډېر تخریب شته وي، ښايي چې Inravascular (هیموګلوبین وینې ته ازادیږي)وي، یا هم Extnravascular (سرې حجرې د ماکروفاژونو په وسیله اخیستل کېږي، په تېره ځیګر او توري کې).

د Extnravascular Hemolysis لاملونه:

1. Spherocytosis.
2. Hemoglobinopathies.
3. Hyperspenism.
4. Trauma.

د Requirement د شمېر لوړوالي لاملونه:

1. Hemolysis.
2. Hemorrhage.

Autommune Hemolytic Anemias:

په دې وینه لړۍ د RBC په وړاندې په خپله انتي باډي جوړوي.

Coomb,s Test:

د IgG یا C_3(Complement) شتون د RBCs په سطحه مالوموي.

Worm Antibody Autommune Hemolytic Anemias:

بدن د تودوخې درجه کابو 37^0C ته اکل شوي، ځینې وختونه انتي باډي ګانې د بدن په یاده تودوخه کې په خپله غیر فعالې کېږي، پېښې یې په ځوانانو او ښځو کې ډېرې تر سترګو شوي.

لاملونه:

1. Idiopatathic.
2. Chronic Lymphocytic Leukemia.
3. Lymphoma.

4. Systemic Lupus Erythematosis.
5. Methyldopa.

اعراض:

۱.د وینې لږي ټول اعراض به شته وي.

نبښې:

1. ناروغ به خاثف وي.
2. ښايي زېړی هم شته وي.
3. توری د جس وړ وي.

پلټنې:

1. وینې لږي به Macrocytic وي.
2. د Hemolysis Test به مثبت وي.
3. Coomb,s Test به مثبت وي.

Hemolytic Diseas of the Newborn (Rhesus Incompatibitiy):

که مور (-Rh) وي او پلار (+Rh) وي، کابو ۵۰ سلنه ماشومانو (+Rh) پیدا کېږي. د مور په لومړني زېږون کې د جنین سرې حجرې د مور وینې جریان ته ور دننه کېږي او مور ورسره حساسیت ښيي.

د مور وینه یې په وړاندې Rh(D) انټي باډي جوړوي، کله چې مور د دوهم ځل لپاره حمل اخلي، د مور دې Rh(D) جوړ کړل شوې، انټي باډي د جنین وینې ته لېږدول کېږي، نو په جنین کې Hemolysis منځته راځي.

اعراض:

1. ماشومان به خاثف او زېړی لري، (په ماشومانو کې Kericterus هم شوني ده).
2. پړسوب Edema هم شوني ده
3. Hepatosplenomegly به هم شوني وي.

نښې:

1. Hemoglobin به ټيټ وي.
2. د سرو حجرو غتې حجرې به مايکروسکوپ کې تر سترګو شي.
3. Unconjugated Hyperbilirobinemia به وي.
4. Direct comb,s Test به مثبت وي.

:Hemoglobinopatheis

د ګلوبين د زنځير جوړيدو پر وړاندې خنډ ته وايي، دوه ګروپه لري:

1. د امينو اسيد جوړيدل:په پولي پيپاتايد زنځير کې د ګلوبين غير نورمال والی (Sickle Cell Anemia))
2. د پولي پيتاياد ګلوبين زنځير زيانميدل (Thalassemias)

:Sickle Cell Anemia

په ګلوبين زنځير کې د امينو اسيدو غير نورمال سلسله چې Hemoglobinopatheis سره يو ځای وي، Sickle Cell Anemia منځته راوړي، په Sickle Cell Anemia کې (S)هيموګوبين شته وي، خو يوازې يو امينو اسييد په β زنځير کې غير نورمال وي.

اعراض:

1. د حادو دردونو، حساسيت، تبې، Tachycardia او وېرې پرله پسې حملې.
2. د کمخونۍ اعراض.
3. د ودې وروسته پاتې کېدل.
4. دردناک Hematuria
5. د لينګو ځنډني ټپونه.

نښې:

1. د لينګو ځنډيو ټپونو شتون نښې.
2. ګوتې او د پښو غټه ګوته به پړسېدلې او حساسه وي.
3. راوتلي غاښونه.
4. توری او ځيګر به غټ شوی او حساس وي.

پلټنې:

Peripheral Film به په ځرګند ډول Sickle Cell وښيي.

:Thalassemias

په هيموګلوبين کې څلور ډوله زنځيرونه پراته وي.

a) Alpha
b) Beta
c) Gamma
d) Delta
e) Thalassmias ناروغي يو Inheritidګڼل کېږي ده، چې Alpha زنځير نيمايي يا بشپړ جوړېدنه پکې نه وي(که الفا زنځير نه وي

α – Thalassmias او که β- Thalassmias ورته وایي.

د هیموګلوبین ډولونه:

α – Thalassmias

د زنځیر په جوړیدنه کې افت وي.

β- Thalassmias

β زنځیر په جوړیدنه کې به افت منځته راغلی وي.

:Glucose-6–Phosphate Dehydrogenas Dificiency

دا انزایم د وینې په سرو حجروRBCs کې شتون لري، د داخل الحجروي ګلوکوز په میتابولیزم کې برخه اخلي، کوم چې د RBCsلپاره د انرژۍ سرچینه جوړوي.

کمښت یې X –Linked Recessive ګڼل کېږي ده، چې ځینې انتانات او درملونه د افت په وړاندې بیولو کې لوی لاس لري.

1.(Pyrimethamin Chloroquin,Quinine,Premaquin)Antimalarials
2.(Phenacein,Aspirin)Analgesies
3.(Ciprfloxacin,Nitrofluration,Chloramphenicol,Sulfonamides)Antibioties
4.(Depsone,Vitamin K,Quinidin)Miscellaneos

اعراض:

1) ناروغ به کمخونی وي.
2) ناروغ به خفیف زیړی وي.

پلټنې:

1. د Hemolysis پېښې به تر سترګو کېږي.
2. په RBCsکې به د انزایم فعالیت څرګندول ښه تشخیص را په ګوته کړي.

: *Congenital Spherocytosis*

یــو Autosomal Dominant حالــت دی، و وینــې ســرې حجــرې ګــردوال (Spherical) منحني ډوله بڼه غوره کړي.

اعراض:

1. ناروغ به د زېږون پر مهال یو څه وروسته په زېړي اخته شي.
2. د کمخونۍ اعراض به څرګند وي.
3. دزېړي، کمخونۍ او صفرا تیږو کورنۍ تاریخچه به شته وي.

نښې:

1. ناروغ به خاثف وي.
2. زېړی هم خپلې نښې ښیي.
3. د توري غټوالی.

پلټنې:

1. د Hemolysis پېښې.
2. Gallstones به په USG کې را ښکاره شي.
3. په Peripheral Film کې به SPehrocytes را ښکاره شي.

:**Malaria**

کله چې د ملاریا پرازیت د ژوند دوره پـه RBCs کـې بشـپړ شـوه، نـو هغـوی ماتیږي او د Hemolysis سبب ګرځي.

د Falciparum ملاریا پر مهال Hemolysis ډېر شدید وي، ادرار تیاره بڼه د Hemoglobinuria له کبله اختیاروي، چې دې حالت Block Water Fever

هم وايي، په ناروغانو کې يې Acute Tubuler Necrsis هم پرمختګ کوي.

:*Hypersplensim*

د Hypersplensim درې کلينيکي بڼې شته:

1. Splenomegaly.
2. Anemia or Pancytopenia.
3. Hypercellular.

:Schilling Test

هغه ازموينې ته وايي، چې د B12 ويټامين د کمښت لامل مالوموي، B12 د Intrinsis فکټور بانډ جوړوي او دمعدې د Partial Cell د مخاط په وسيله افرازيږي، چې وروسته بيا د Terminal Ileum له لارې بدن ته جذبيږي.

د ويټامين B12 د کمښت حالتونه:

1. Nutritional Dificeny.
2. Pernicious Anemia.
3. Total Gastrecomy.
4. Bacterial Overgrowth.

❋❋❋

دوه ويشتم څپرکی

د وينې ګډوډي

Bleeding Disorders

په نورمال حالت کې وينه په لاندې ډول کابو کېږي.

۱.د رګونو راټولېدل يا Spasm کول.

لاملونه:

A.Defects of Blood Vesseles:

1. (Scurvy, Henocschonlein Purpura, Stpticemio, Mening Coccal Infection) Vasclar Purpura
2. Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia

B. Platelets Disorders

1. Thromocytpenia.
2. Idiopathic (Immune).
3. Secondry.
4. Thrombocythenia.
5. Thromboasthenia.

C. Clotting Disorders

1) Hereditary.
   i) Hemophilia.
   ii) Christmas disease.
   iii) Von Willebrand Disease.
2) Acquired
   (1) Vetamin K Deficeincy.
   (2) Oral Anti Coagulant Therapy.
   (3) Advanced Liver Disease.

:Consumption Coagulopathy.D

1) Disseminated Intravascular Coagulation.
2) Platelets Plugs.
3) Coagulation & Fibrin Formation.

لومړي دوه ګامونه کولای شي، چې د شعریه عروقو څخه وینه بهېدنه په بشپړ ډول سره ورودوي، درېیم ګام بیا له دوهم ګام څخه یو څه اغېزمن هغه په دي ډول چې درېیم ګام د شعریه عروقو څخه د لویو رګونو د وینې دودرولو ځواک لري.

د Platelets او Capillary Dysfunction له کبله به د پوستکي او مخاطي غشا او لوي، جراحي عملیاتو پر مهال د وینې بهېدنې کچه ډېره وي.

که د وینې د علقه کېدو ستونزې ولیدای شي، کله هم ناروغ ته د لارو چارو سنجولو پرته جراحي عملیات نه شي تر سره کېږي.

:Bleeding Time

د شعریه عروقو (Capillary) او Platelets د ګډو ډیو شتون پر مهال Bleeding Time اوږد یږي، خو د علقه کېدو Clotting Time د وینې د بهېدو کېدو ستونزو پر مهال اوږد یږي.

هغه ناروغان چې د وینې ګډوډي لري، لاندې ستونزو سره به لاس او ګرېوان وي.

1) Petechia
2) Purpura
3) Echymosis

همدا رنګه د ډېري کمې ضربې وروسته بنا یي، ناروغ د وینې بهېدنې له اوریو وینه بهېدنه له پوزې وینه بهېدنې Epistoxis کانګو کې وینه (Hematemesis),Hemoptysis,Hemaruria (ادرار کې وینه) او

Menorrhagia د دوه خصیوو تر منځ وین بهېدنه.

تعریفونه:

Petechia.1

داغ ته ورته جوړښت دی، چې کچه یې له 1m> څخه لږه وي د وینې کوچنې.

Purpura.2

د یو غټ داغ لرونکي جوړښت په څېر ښکاري، چې له 1mm یا له دې څخه یو څه ډېر پراخوالی لري.

Echymosis.3

په غټه کچه وینه بهېدنه چې د پوستکي لاندې په روښانه ډول ښکاري.
د وینې د رګونو د دیوالونو دکمزورتیا له کبله د وینې رګونه په ټولیزه توګه زیانمنیږي.

:Vascular Purpura

د Purpura پېښې ډېرې د پښتورګو په عدم کفایه Meningococcal سحایا التهاب او Septicmia پر مهال منځته راځي.

:Henoch – Schonlein Purpura

معافیتي ستونزه ده، چې د تنفسي لارو په پورتنیو برخو کې منځته راځي، ښایي چې Vasculitis هم موجود وي.
کلینیکي نښې یې Purpura, , Rash Arthritis,Skic Glumerolonephritis او د ګېډې د رګونو د اختلالاتو له کبله په نارغ د ګېډې دردونه هم ولري.

Scurvy :

دا نـاروغي د Vit – C د کمښـت لـه کبلـه منځتـه راځـي، چـې لـه کبلـه يـې وریږ(Gums) پړسیدلې، Spongyاو پـه اسانۍ سره ويني کېږي.
همدارازښايي، چې دويښتانو د فوليکلو شاوخوا هم د ويني بهېدني ښنبې وليداى شي، چې د ډېرى مهال د پښو ، لينګيو(Ligs) برخه کـې د Echymous ښنبي هم رامنځته شي.
په ناروغانو کې د پلازما Ascorbateکچه ښکته وي.

:Hereditary Hemorrhagic Talangiectasia

دا ناروغي د Autosomal Dominantپه څېر لېږد ېږي، وينـه د هغـه شـعريه عروقو څخه بهېږي، چې تقبض په کې منځته نه وي راغلی.
ناروغان په پرله پسې ډول سره Hemoptysis,Epistxisلري.
شوني ده، چې Talangiectasia په مخ، لاس، د خولې مخاطي غشـا ، پـوزه، دخولې تشه او د معدې او کولمو برخه کې وليداى شي.

:Platelets Disorders

Platelets کېداى شي، چې د کچې لـه مخـې يا د ځـواک لـه مخـې کمـزورى وي.

:Thrombocythenia

د Platelets دتولید د کمښت له کبله منځته راځي، چې Megaccaryocyte به د هډوکو د مغز په وسیله لږ یا بالکل تولید نه شي.
همدارانګـه د Platelets د تخريـب لـه کبلـه هـم يـاده سـتونزه منځتـه راځـي، Megaccaryocyte به د هډوکو په مغز کې نورمال یا هم ډېر شوی وي.
خپلسـرې وينـه بهېدنـه تـر هغـه منځتـه نـه راځـي، چـې د Platelets کچـه تـر

$30.000\backslash mm^3$ څخه ښکته شوې نه وي.

:Immune Thrombocythenia Purpura

دا مهال په دوراني Platelets کې شديد کمښت شتون لري، دا سې انګېرل کېږي، چې د Platelets له انتي باډي ګانو سره د تماس د کمښت له کبله د مکرو فاژونو په وسيله خاصې حجرې د Platelets له منځه وړل کېږي، په تيرو وختونو کې ورته Idiopathic Thrombocythenic Purpura ويل کېدل.

اعراض:

۱.ناروغ به له Platelets سره يو ځای له پوزې، خولې، هضمي او بولي سيستم څخه وينه بهېدنه لري.

نښې:

1. Purpura او د بدن له بېلا بېلو برخو وينه بهېدنه.
2. توری (Spleen) نه جس کېږي.

پلټنې:

1. Bleeding Time به اوږد شوی وي.
2. Clotting Time به نورمال وي.
3. Platselet Count به ښکته وي.
4. Megakaryocytes به نورمال يا ډېر شوی وي.
5. Secondry Thrombocythenic Purpura

لاملونه:

1. Marrow Hypoplasia.
2. Marrow Infiltration.

3. Hyperspioenism.
4. Megloblastic Anemia.
5. Systemic Lupus Erythematosis.
6. Disseminated Intrvascular Cogulation.
7. Drugs (Cytotxic,Heparins ,Sulfonamides)

کلینیکي بڼه یې له Idiopathic Thrombocythenic Purpura سره یو شان ده، خو بشپړ تشخیص یې د هډوکو د مغز د کتنې او نور معاینـاتو پـه واسطه کوو.

:Thrombocytopenia

د Platselet کچـه ډېره شوې وي، یـاني تـر $10.000\backslash mm^3$ پـورې رسـېدلی شي.

دواړه یاني Hemorrhagic او Thrombotic حملې شونې دي.

وینـه بهېدنـه دې تـه لار جـوړوي، چـې د اوعیـو پـه دننـه کـې کـوچنې Thrombotic علقې جوړې شي، چې له کبله یې ښایي، ناروغ د (Transient Ishemic Attack)TIA,Migrain او نـورې سـتونزې رامنځتـه شـي، خـو د یادولو وړ ده، چې ناروغ به Splenomegaly هم لري.

:Thrombocytopenia

Platselet د تعـداد لـه مخـې نورمـال وي، خـو سـتونزه د هغـې پـه دنـده کـې منځته راغلې وي، چې Glanzmann,s ناروغۍ یې د یادولو وړ ده، ځنډنۍ Myeloid Leukemios هم د دندې له مخې زیانمنه شوې وي.

:Clotting Disorders

یو یا څو علقه کوونکي فکتورونه به زیانمن شوي وي.

:Hemophilia

دا یوه X – Linked Recessive ناروغي ده، دا مهال په ناروغانو کې VIII یا اتم فکتور کمښت موجود وي، ناروغي یوازې په نرانو کې منځته راځي او ښځینه کې یوازې د لېږدونکي (Carrier) دنده لري.
په بندونو او نرمو انساجو ته د وینې میلان ډېرښت مومي.

اعراض:

1. ناروغان به د بندونو شدید درد سره یو ځای د زنګون (Joint knee)له درد څخه ډېر سر ټکوي.(له کمې ضربې سره ډېره وینه بهېدنه منځته نه راځي).
2. نور اعراض یې له لږې ضربې وروسته وینه بهېدنه، د نرمو انساجو دردناک پړسوب، د عضلاتو Hematomaاو د کولمو وینه بهېدنه بللی شو.

نښې:

1. په افت ککړ شوی بند به پړسېدلی او حساس وي.
2. پړسوب او حساسیت به په نورو برخو کې هم موجود وي.
3. په عضلاتو کې به د Hematoma او عصب تخریبات د لیدو وړ وي.

پلټنې:

1. Bleeding Time به نورمال وي.
2. Clotting Time به اوږد شوی وي.
3. د Platselet شمېر به نورمال وي.
4. د اتم فکتور د (Factor VIII) ټاکل د تشخیص وروستی برید ټاکي.

: Christmas Diseases

د (XI) نهم فکتور کمښت ته وايي، چې Hemophilia ته ورته ناروغي ده. دې ناروغۍ ته Hemophilia A یا Hemophilia B هم وايي.

:Von Willebrand,s Disease

یوه Autosomal Dominant ناروغي ده، چې دواړه نارینه او ښځینه اخته کولای شي، Platselet د عدم کفايي او علقه کېدنې افتونو سره یوځای ناروغان د VIII فکتور د کمښت سره مخ وي.

اعراض:

ښايي، برسېرن او ژور وینه بهېدنه شتون لري.

پلټنې:

1. د وینې بهېدنې وخت (Bleeding Time) ډېرښت مومي.
2. د وینې د علقې کېدو وخت (Clotting Time) ډېرښت مومي.
3. د Platselet کچه به نورمال وي.
4. د Platselet دندې لکه Adherence او Aggregation به غیر نورمال وي.
5. VIII فکتور به کمزوری وي.

:Vitmin K Deficiency

ویټامین په ځیګر کې د IX,VII,II او X فکتور لپاره ډېر اړین دی، د Vit K کمښت هم مهال منځته راځي، چې په بدن کې د شحمو جذب زیانمن شوی وي، ناروغ به د ۲۴ ساعتونو په اوږدو کې له ډېرې وینې بهېدنې وخت ډېربدنې Prothrombin ځخه هدف هغه مهال رمټ شي، چې د غوښې

له لارې يې ډوز Vit K واخلي.

:Anticoagulant Therapy

د Heparin یا هم د خولې له لارې د Anticoagulant د ډوز د ډېرښت له کبله په ناروغ کې ډېره وینه بهېدنه منځته راځي، چې ښه تشخیص يې د ناروغ د تاریخچې په مټ کېږي.

Advanced Liver Disease:

د وینې د علقه کېدو ډېر فکتورونه د ځیګر په وسیله جوړیږي، نو د ځیګر په پرمختللو ناروغیو کې د وینې بهېدنې پېښې هم ډېرښت مومي.

:Disseminated Intravascular Coagulation(DIC)

هغه حالت ته وايي، چې د وینې د علقه کېدو او د Fibrin دLysis پروسه په وینه کې یو شان پرمختګ کوي.

لاملونه:

1. (Dead Fetus in Utero,Eclampsia,Abruptio Placenta ,Amniotic Fluid Embolism) Obstrical Conditions.
2. Malignancy.
3. Sever Truma.
4. Septicemia.

اعراض:

په ټولیزه توګه وینه بهېدنه ډېره وي.

نښې:

1. په مخاطي غشا کې به وینه بهېدنه، Purpura، Echymoses شتون

لري.

2. ناروغ به په څرګند ډول ناروغ ښکاري(مړي ته ورته ښېره).

پلټنې:

Bleeding Time ،Clotting Time ،Prothrombin Time به اوږد وي

Table – 12 Diffrential Diagnosis of Platelet Disorder & Clotting Disorder

feature	Platelet disorders	Clotting
Bleeding site	Supperfacial (skin,mucose membrane,)	Deep(subcutaneous tissue ,muscle,joints,body cavities
Relation with injury	Immediated after injury	Hour to days after injury
Effect of local therapy	Bleeding usually stops	No effect
Bleeding time	Prlongged	Normal
Clotting time and other test of clotting system	Normal	Prolong

Thromotic Thrombocytopenia Purpura (TTP):

په نوي بالغو شويو جينکو کې ډېره عامه ناروغي ده، چې د بېلا بېلو غړيو په رګونو کې Platelet Thrombi منځته راځي.

1. ناروغان به Anemia Hemolyiuc، د سپينو کرويـاتو Thrombocytopenia, Fragmentation ځايي هم خپاره عصبي زيانونه، د پښتورګو اخته کېدنه او تبه لري.
2. د علقه کېدو اړوند ازمويني به نورمال وي.

Hemolytic Uremic Syndrome:

1. دا سنډروم **TTP** ته ورته ده، خو دلته په پښتورګو پورې اړونده ستونزې

منځته راوړي، پېښې يې په ماشومانو کې ډېرې موندل کېږي.

2. ناروغـان بـه Hemolyiuc کمخوني Thrombocytopenia او Oliguric Acute Rental Failure لري.
3. لابراتواري موندنې يې TTP ته ورته وي.
4. Platelet شمېر به ټيټ وي.
5. Fibrinogen کچه به ښکته وي.

:Proxysmal Nocturnal Hemoglobinuria

1. ناروغـــان بـــه Hemolytic Anemia، Thrombosis Venous او د Hematopoies(Granulocytopenia او Thrombocytopenia) لري.
2. Ham's Test او Sucrose ازموينې ښه تشخيص غوره کوي.
3. Hemoglobinuria بـه پـه Intermittent ډول وي، خـو Hemosider inuria به شته وي.

درویشتم څپرکی

د متیازو کمښت او د متیازو نه شتون

Oliguria/ Anuria

Oligurial لاملونه:

:Prerenal

1. اوږد مهاله د وینې فشار ټیټوالی چې لاندې لاملونه به ولري:

Hypovolemia.a(وینه بهېدنه، کانګې، نس ناستې او سوځېدنه).

Septicemia.b

Cardiogenic.c

Hepatorenal Syndrome.2

:Renal

Acute Tubular Necrosis چې لاندې لاملونه به ولري:

1. اوږد مهاله د وینې فشار ټیټوالی (پورته ترې یادونه شوې)
2. صباعات (Rhabdmomyolysis, Massive Hemolysis)
3. (Paracetamol Aminoglycosides,Radiocontrast)Toxine

Acute Glomerulonephritis.2

3 Vasculiltis لکه SLE

4 Interstitial Nephritis د(Steroid ضد درملو کارولو څخه، سلفونامید او Acute Pyelonephritis

5 (Myeloma Proteins , Uric Acid)Intratubular Deposition

:Post Renal

Obstructive Uropathy

Comparing Types of Acute Renal Failure

TYPES

Characteristics	Prerenal	Intrarenal	Postrenal
Etiology BUN value	Hypoperfusion Increased	Parenchymal damage Increased	Obstruction Increased
Creatinine	Increased	Increased	Increased
Urine output	Decreased	Varies, often decreased	Varies, may be decreased, or sudden anuria
Urine sodium	Decreased to <20 mEq/L	Increased to >40 mEq/L	Varies, often decreased to 20 mEq/L or less
Urine specific gravity	Increased	Low normal, 1.010	Varies

8

Acute Renal Failure

- Rapid decline in the GFR over days to weeks.
- Cr increases by >0.5 mg/dL
- GFR <10mL/min, or <25% of normal

Acute Renal Insufficiency

- Deterioration over days-wks
- GFR 10-20 mL/min

Definitions

Anuria: No UOP

Oliguria: UOP<400-500 mL/d

Azotemia: Incr Cr, BUN

- May be prerenal, renal, postrenal
- Does not require any clinical findings

Chronic Renal Insufficiency

- Deterioration over mos-yrs
- GFR 10-20 mL/min, or 20-50% of normal

ESRD = GFR <5% of nl

Oliguriaمانا دا چې دمتیازو کچه په ۲۴ ساعتو کې له 300ml څخه ټیټه شي، بنایي چې د مایعاتو په نورمال کارونو کې د اوړي پر مهال دا ستونزه له منځه لاړه شي.

د هر لامل له کبله کېدای شي، لکه Acute Renal Failure او Prerenal Azothemia

Anuria مانا دا چې د متیازو نورمال شتون نه ترسترګو کېږي، چې دا ستونزه ډېره د بولي لارو په بندښت (Urinary Tract Obstruction) کې منځته راځي.

ځېنې وختونه داسې هم شوني ده، چې مثانه په بشپړ ډول د متیازو ډکه وي او د احلیل د بندښت له کبله نه تخلیه کېږي، خو چې کله مثانې ته Catheter تېر شي، په بشپړ ډول مثانه خالي کېږي، یاده دې وي، چې دا

ستونزه په Acute Renal Failure کې هم ډېره تر سترګو کېږي.

د Anuria لاملونه:

1 Total Urinary Tract Obstruction
2 Acute Tubular Necrosis
3 Rapidly Progressive Gomerulonephritis
4 Total Renal Artery or Vein Locclusin

Acute Renal Failure.1

په ورځو یا اونیو اوږدو کې د پښتورګو د نورمال دندې له لاسه ورکولو ته د پښتورګو عدم کفایه وايي، ښايي چې ناروغ د پښتورګو ناروغي ولري او په وروستیو کې پښتورګي په عدم کفایه اخته شي، ستونزه په حاد او ځنډني ډول هم را منځته کېدای شي.

د پښتورګو د عدم کفایې تر ټولو غښتلی او عام لامل Acute Tubular Necrosis بلل شوې ده، چې د Hypovolemia له کبله منځته راغلی وي.

لاملونه:

د Oliguria او Anuria په څېر.

د پښتورګو د حادې عدم کفایې اعراض او نښې په لاندې ډول دي.

اعراض:

1) ناروغ به د متیازو له کمښت سره مخ وي.
2) د مخ بڼه به Puffiness وي، چې د سهار له خوا ډېر روښانه وي.
3) ناروغ به ساه لنډې لري.
4) بې اشتهایي، زړه بدوالی، کانګې هغه مهال منځته راځي، چې د وینې یوریا لوړه شي.
5) د Urmia له کبله به ناروغ خوبجن، بېهوشه او د میرګي له ګوابس سره

مخ شي.

نښې:

1. تنفس به Acidotic (چټک او ژور)
2. مخ به Puffy وي.
3. د پښو پړسوب به موجود وي.
4. د زړه د عدم کفایې له کبله به په بدن کې د مایعاتو راټولېدنه موجوده وي.
5. Uremic Pericarditis له کبله Pericardial rub.وا وریدل شی.

پلټنې:

1. په متیازو کې RBCs، Puss Cell او Proteinuria موجود وي.
2. د وینې یوریا او Creatinine به لوړ وي.
3. د سیروم پوتاشیم کچه به لوړه وي.
4. میتابولیک اسیدوزس به موجود وي.
5. USG په وسیله د پښتورګو د Size ټاکل.
6. Pain X –Ray په مټ کولای شو د Radio – Opaque تیږې وټاکو.

د پښتورګو د حادې عدم کفایې پېښېدونکې حالتونه او کلینیک:

1. ناروغ به Septicemia, Hypovolemia او Cardiogenic Shock ولري.
2. د وینې فشار په Gomerulonephritis یا Malignant Hypertensis کې لوړیږي.
3. ناروغ به تور رنګه متیازو تاریخچه ولري، ټپونه (Prostatis,Suprapubic Pain,Uretric Colic) به ولري.
4. ناروغ به د پرمختللې ځیګر ناروغي ولري.

5. USG د پښتورګي هراړخيز بڼه راته په ګوته کولای شي.

Creatinine Clearance

Glomerular filtration rate: GFR

• GFR: sum of the filtration rates in all of the functioning nephrons

GFR = [UCr x V]/PCr

***Timed collection over 24 hours*

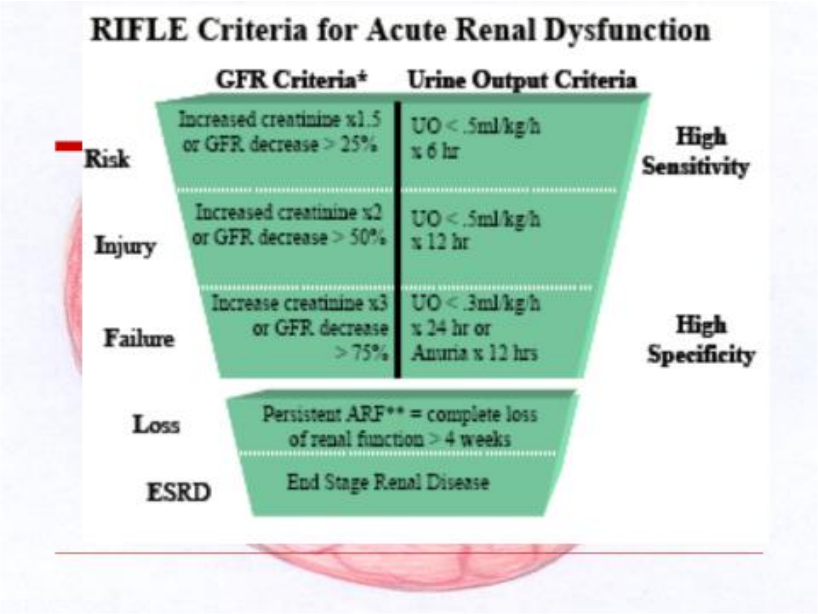
CCr = [UCr md/dL x V L/day]/ PCr mg/dL = liter/day

**This value can be multiplied by 1000 to convert to mL and divided by 1400 (the number of minutes in a day) to convert intounits of mL/min*:

د پښتورګو د حادي عدم کفايې اختلاطات:

1. Volume Overload.
2. Hyponatremia.
3. Hyperkalemia.
4. Hyperphosphatemid.
5. Hypocalcemia.
6. Hypermagnesemia.
7. Metabolic Acidosis.

❋❋❋


RIFLE Criteria for Acute Renal Dysfunction
GFR Criteria*
Urine Output Criteria
Risk
Increased creatinine x1.5 or GFR decrease > 25%
UO < .5ml/kg/h x 6 hr
High Sensitivity
Injury
Increased creatinine x2 or GFR decrease > 50%
UO < .5ml/kg/h x 12 hr
Failure
Increase creatinine x3 or GFR decrease > 75%
UO < .3ml/kg/h x 24 hr or Anuria x 12 hrs
High Specificity
Loss
Persistent ARF** = complete loss of renal function > 4 weeks
ESRD
End Stage Renal Disease

6

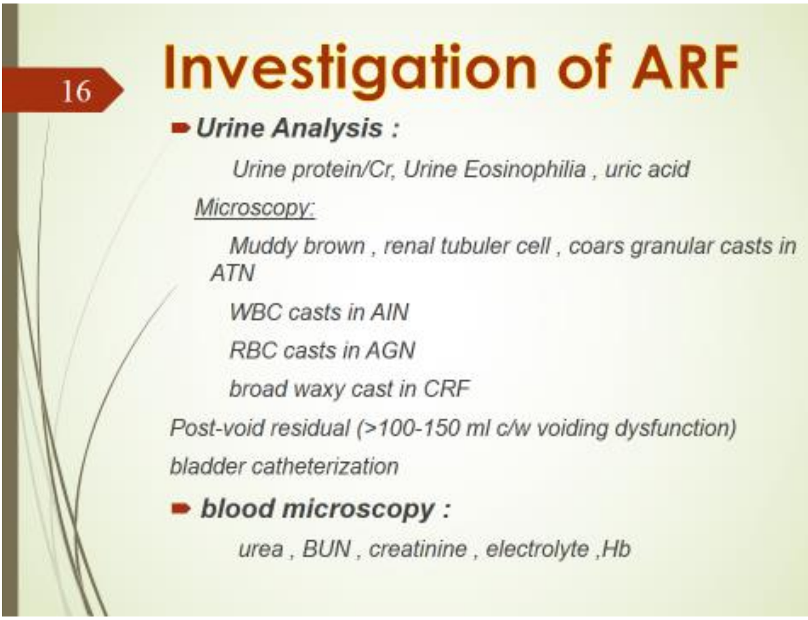
KDIGO Classification of AKI (2012)

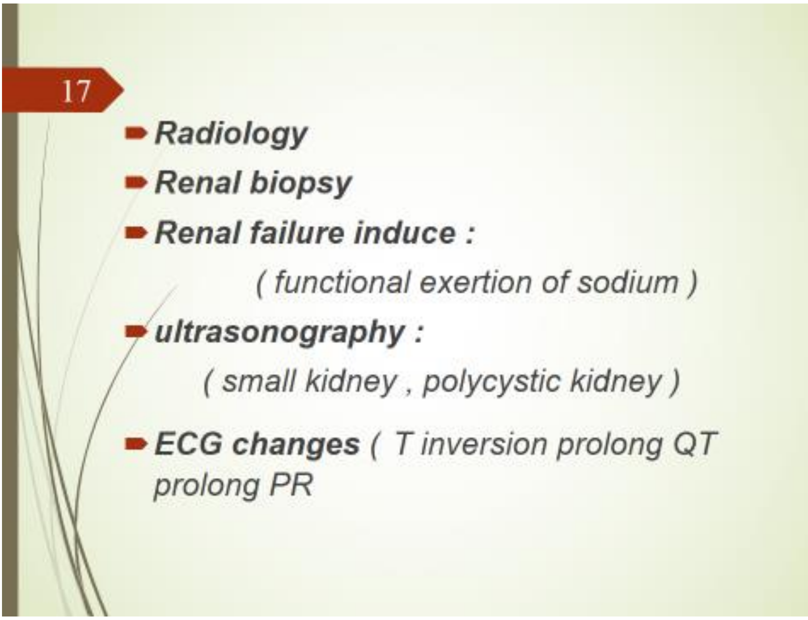
Stage	Serum creatinine	Urine output
1	1.5-1.9 × baseline OR >0.3 mg/dL ↑	<0.5 ml/kg/hr for 6-12 hrs
2	2-2.9 × baseline	<0.5 ml/kg/hr > 12 hrs
3	3 times baseline OR increase in Cr to ≥4.0 mg/dL OR Initiation of RRT (dialysis)	<0.3 ml/kg/hr > 24 hrs OR Anuria > 12 hrs

KDIGO Clinical Practice Guideline for AKI. Kidney Int 2012

Laboratory Findings in Acute Kidney Injury

Index	Prerenal Azotemia	Oliguric AKI *(ATN)*
BUN/P_{Cr} Ratio	>20:1	10-15:1
Urine sodium (U_{Na}), meq/L	<20	>40
Urine osmolality, mosmol/L H_2O	>500	<400
-Fractional excretion of sodium -FEUrea	<1% <35%	>2% >35%
Response to volume	*Cr improves with IVF*	*Cr won't improve much*
Urinary Sediment	Bland, Hyaline	*Muddy brown granular casts, cellular debris, tubular epithelial cells*


16
Investigation of ARF
Urine Analysis :
Urine protein/Cr, Urine Eosinophilia , uric acid
Microscopy:
Muddy brown , renal tubuler cell , coars granular casts in ATN
WBC casts in AIN
RBC casts in AGN
broad waxy cast in CRF
Post-void residual (>100-150 ml c/w voiding dysfunction)
bladder catheterization
blood microscopy :
urea , BUN , creatinine , electrolyte ,Hb



دپښتورګو دحاد او مزمن عدم کفايي تفريقی تشخيص

Feature	ARF	CRF
Anemia	rare	Common
hypocalcemia	rare	Common
hyperphasphatemia	rare	Common
Renal osteodystrophy	-	+
proteinurea	uncommon	Rare
Non concentrated urine	Not seen	Common
Small kidney USG	Not seen	Common

څلورویشتم څپرکی

په تشومتیازو کې وینه

Hematuria

Hematuria مانا په ادرار کې د وینې راتګ ته وایي، چې ښایي Hematuria د Gross بڼه(په ادرار به سور رنګه وي)یا هم Microscpic وي (د ادرار رنګ به نورمال وي، خو په مایکروسکوپ کې د ۲ـ۵ شاوخوا RBCs ولیدای شي.)

د وینې دا ډول شتون کېدای شي، درد ناک یا هم بې درده اوسي.

درد نه لرونکې وینه راتګ پېښې په سرطاني ناروغیو کې ډېرې وي، چې د ښه تشخیص لپاره ښو پلټنو ته اړتیا ده.

لاملونه:

1. Glomulonephritics.
2. (Vesical , Ureteric ,Renal)Calculi.
3. (Urethritic,Prostatitis,Cystitis,Renal Tuberculosis,Pyelonephritis)Infection.
4. (Protatic,Vesical,Ureteric,Renal)Tumors.
5. (Sickle Cell Anemia,Mellitas Diabetes,Analgesic Intake)Papillary Necrosis.
6. Bleeding Disorders.
7. (Infective Endocarditis,Polyathritis Nodosa, Polyathritis,Systemic Lupus Erythematosis) Systemic Disease.
8. Trauma.

Isolated Hematuria د بولي لارو د وینې بهېدنې ښه نښه ده، خو Gross

Hematuria، د وينې علقو سره يو ځای کله هم د Glomeruli څخه سرچينه اخلي، ښايي چې ستونزه د ادرار را ټولوونکي سيستم په بله برخه کې موقعيت ولري، ياني ستونزه به Post Renal وي.

په ادرار کې د زوی شتون په انتان دلالت کوي، خو که له Hematuria سره يو ځای RBC کاسټ (Casts)او Uria Protein له 24h\500mg< څخه لوړه شوې وي، Glomerulonephritis را په ګوته کوي.

Glomerulonephritis.1

د Glomeruli التهاب ته وايي، چې د Proliferative Mesangial، Mesangiocapillary، Change، Minimal، Membranous، IgA او Nephropathy له کبله منځته راغلې اوسي.

حاد Glomerulonephritis پېښې ډېرې د Syndrome Nephritic، Hematuria، Hypertension، Azotemia)سره يو ځای وي.

اعراض:

1. ناروغ به د سهار پر مهال د Puffiness مخ روښانه منظره لري.
2. بې اشتهايي، زړه بدوالی او کانګې يې عام اعراض دي.
3. که د سږو پړسوب منځته راغلی وي، ناروغ به ساه لنډي هم لري.
4. تبه او ميرګي هم شونې ده.
5. د ادرار کچه کميږي او (Smoky Urine)بڼه غوره کوي.

نښې:

1. مخ به Puffy
2. په اړونده برخو کې به پړسوب شته وي.
3. د وينې فشار ښايي، چې لوړ وي.

: *Ivestigation of Hematuria*

پلټنې:

1. وینه کی(ESR,WBC,bleeding /clotting profile) معاینه شی.
2. د ادرار په ازموینه کې به RBCs او Proteins له (<3.5Kg\24h) څخه ټیټ وي.
3. Red Cell Casts ښايي چې شتون ولري.
4. د ويني يوريا او Serum Creatinine کچه به لوړه وي.
5. د پښتورګو Biopsy به ښه تشخیص کړي.
6. Serum prostate specific antigen(PAS) د پروستات د سرطان لپاره معاینه شی.
7. USG/CT scan for kidney size, hydronephrosis,tumor,cyst,stone,prostate
8. Plain X-RAY of abdomen (bladder,ureter,renal stone,size)
9. Intravenous pyelography/retrograde (IVP) for: د پښتورګو دندو ، هایدرونفروزس،حالب ډبری ، تومورونو لپاره.
10. Radionuclide study: د پښتورګو دندو ،تومور ،تیرو لپاره.
11. Urethroscopy د حالبونو تیرو لپاره.
12. Cystoscopy: د مثانی د تیری ، کتلی لپاره.
13. Renal arteriography for renal carcinoma and cyst
14. Renal biopsy for glumerolonephritis, tumor

:Nephritic Syndrome

له Glomerulonephritis سره یو ځای به لاندې کلینیک هم موجود وي.

1. Hypertension
2. Hematuria

3. Azotemia

Calculi

دا ستونزه ښايي، چې په پښتورګو ، حالب(Ureter) او مثانه کې را منځته شي.

اعراض:

1. ښه عرض يې درد دی.
2. د پښتورګو په تيره کې د Loin په ساحه Dull دردونه احساسيږي.
3. د حالب پ تيرو کې ځانګړیUreteric Colic دردونه حس کيږي.
4. د مثانې په تيرو کې دردونه په Hypochondiumناحيه هم هغه مهال ډيرښت مومي، کله چې وګړي غواړي، تبولMicturation وکړي. همدارنګه دردونه د احليل څوکې ته هم غځيدلی شي.

نښې:

1. کومه ځانګړې نښه نه ليدل کيږي، خو د Hydronephrosis پر مهال دواړه پښتورګي د جس کيدو وړ وي.

پلټنې:

1. د ادرار په ازموينه کې د RBCs شتون.
2. USG ډيره اړينه ده، د احليل په دننه کې تيره په ښه کولای شي.
3. د Plain X – Ray او Pelvis په مټ به Radio – Opaque تيرې هم وليدای شي.

Glomerulonephritis = GN
Complement 3 =C3
Anti Glomerulonephritis Basement Brane=Ant- GMB

Antineutrophil Cytoplasmic Antibody=ANCA

Retrograde* یا *Intravenous Pyelography

***Pyelography* هم د حالب دتیږو او دهغوی دندې په هکله ښه مالومات راکولای شي.**

دسیرولوژیک معایناتو له نظره دګلومیرولونفریتس د ډولونو تفریقی تشخیص

Serologic marker	Anti-GBM diseasese	Pauci immune GN	Immune complex GN	
	Good pasture syndrome	Polyarthritis nodosa	Proliferative and other GN	IgA nephropathy
Anti-GBM antibody	+	-	-	-
ANCA	-	+	-	-
Serum C3 level	normal	normal	Low	Normal

:Urinary Tract Infection

د بولي سیستم هره برخه په افت اخته کولای شي، اړونده برخې ته په کتو هماغه برخه په Pyelography، Cystitic، Prostatitic یا Urethritis منځته راوړي.

اعراض:

1. تبه او سوځېدونکی تبول (Burning Micturation) یې عامه نښه ده.
2. ناروغ ښایي، چې د Loin په برخه کې درد Pyelonephris او د Cystitic په مهال Hypogastrium برخه کې او Prostatitis پر مهال د عجان (Perenium) په برخه کې دردونه ولري.

نښې:

1. Pyelonephris پــــر مهــــال پــــه Loin او Cystitic پــــر مهــــال پــــه Hypogastrium کې درد عام یې نښه ده.
2. د مقعد په Digital معاینه کې د Prostatitis ناروغان حساس وي.

پلټنې:

1. په ادرار کې د Puss Cells شتون.
2. د ادرار په کرنه کې د Causative ارګانیزمونو شتون.
3. که یو ناروغ په پرله پسې ډول د بولي لارو په انتانـاتو اختـه کېږي، نو USG\IPV د بندښتونو ، جوړښـتیزو ګډوډیو او نـورو سـتونزو پـه هکلـه ښـه مالومات راکولای شي.

:Tumors

تومورونه د بولي لارو د هرې برخې څخه سرچینه اخیستلی شي.

1. پښتورګي: Nephroblastoma,Renal Cell Carcinoma
2. د پښتورګو حویضه، احلیل، مثانه: Transitional Cell Carcinoma
3. پروســتاټ: Adenocarcinoma، Benign Hypertrophy of Prostare

پښتورګي: Nephroblastoma,Renal Cell Carcinoma

د سرطان دا ډول په لویانو کې ډېر پېښېږي.

اعراض:

1. Hematuria یې ډېر عام عرض دی، چې درد نه لري.
2. تبه یې ډېر عام عرض دی.

نښې: په پښتورګو کې به کتله د جس وړ وي.

پلټنې:

1. په ادرار کې به RBCs شتون ولري.
2. د USG,CT Scan او Isotop Renal Scan په مټ کتله موندلی شو.
3. تشخیص د Biopsy په مټ کوو.

:Nephrobastoma(Wilm,s Tumor)

دا ډول تومور په ماشومانو کې منځته راځي، چې افت په وروستیو کې Hematuria او بیا د Renal Carcinoma خوا ته نږدې بوالی کوي.

:Renal Pelvis,Ureter Bladder

ددې جوړښتونو تومورونه Transitional Cell Carcinoma څخه سرچینه اخلي.

اعراض:

له درده پرته په ادرار کې وینه راتلل یې عام عرض دی.

نښې:

کومه ځانګړې نښه نه لیدل کېږي.

پلټنې:

1. په ادرار کې د Red Cell شتون.
2. USG کولای شي، کتله تشخیص کړي.
3. Intravenous Pyelography به Filling Deffect را په ګوته کړي.
4. د مثانې د تومورونو وروستی تشخیص د Cytoscopy او Biopsy په مټ کولای شي.

Prostate

:Benign Pyelography Prostate

دا ډول ستونزې په ډېر عمره وګړو کې ډېرې منځته راځي.

اعراض:

1. د تبول شمېر ډېرښت مومي، په تېره د شپې له خوا.
2. Urgencyتبول ته میلان یې ډېرښت مومي.
3. په ناروغانو کې د ادرار بندښت هم ډېرېږي.
4. پرله پسې Hematuria ډېره عامه وي.

نښې:

د مقعد په Digital ازموینه کې به پروستاټ غټ شوی وي.

پلټنې:

1. په ادرارا کې به د وینې سرې حجرې (RBCs) هم لیدا ی شي.
2. USG کې به پروستاټ لوی شوی وي.

Adenocarcinoma:

دا ډول ناروغي په ډېر عمره وګړو کې منځته راځي.

اعراض او نښې:

د Prostate سلیم هایپر تروفي ته ورته اعراض او نښې لري، په Rectal Examination کې پروستاټ سخت ډوله وي، د هډوکو درد او Paraplegia به هغه مهال ناروغانو کې ولیدا ی شي، چې افت فقراتو ته ولېږدېږي.

پلټنې:

1. په ادرار کې به RBC شتون ولري.
2. USG کې به د پروستاټ د غټوالي نښه تر سترګو شي.
3. PSA ښايي چې لوړ اوسي.
4. د Spine x- ray او Bone Scan به د Metastases.
5. وروستی تشخيص د Biopsy په وسيله کولای شو.

:Papillary Necrosis

لاملونه:

1. Analgesic Intake
2. Diabetets Mellitus
3. Sickle Anemia

اعراض:

1. ناروغ به Hematuria يا هم Polyuria ولري.
2. Sloughed Papillaښايي د Ureteric colic سبب شي.

نښې:

ښايي، چې د پښتورګو د څنډې عدم کفايي نښې شتون ولري.

پلټنې:

1. په ادرار کې به Hematuria او Proteinureaشتون ولري.
2. په Pyelography کې به د Calyceal د برخو جوړښتيز ګډوډۍ شته وي.

:Bleeding Disorders

Hematuria په ناروغانو کې د وينې بهيدنې لومړنۍ ستونزه را په ګوته

کوي، چې د بدن نورو برخو څخه د وينې بهېدني تاريخچه به هم شتون ولري.

:Systemic Disease

(SLE) Systemic Lupus Erythematosis

Polyarthritis او Infective Endocarditis په ناروغانو کې د Hematuria او Vasculitis سبب ګرځي.

:Trauma

د بولي لارو هرې برخې ترضيض بنايي، چې د Hematuria سبب شي.

د بې درده Hematuria لاملونه:

1. Tumor of Kidney and Urinary Tract.
2. Glomerulonephritis.
3. Vasculitis (SLE,Polyathritis Nodosa Infective Endocarditis).
4. Malignnant Hypertension.
5. Bleeding Disorders.
6. Sickle cell Anemia.
7. Stones(Hematuria Can be painless Sometimes).

:Polyathritis Nodosa

ډېر سيستمونه اخته کوي.

اعراض:

1. ډېر ځانګړي اعراض نه ورکوي، خو تبه، ستړيا او د وزن بايلل يې د يادولو دي.
2. د ناروغۍ په وروستيو کې کېداى شي، چې د پښتورګو عدم کفايه، د زړه اسکيميک ناروغۍ، Neuropaty او د ګېډې دردونه هم پرمختګ

وکړي.

نښې:

1. د وینې فشار لوړېږي.
2. کېدای شي، چې د بدن نور غړي هم اخته کړي.

پلټنې:

1. ESR لوړېږي.
2. کله چې پښتورګي اخته کړي، ناروغانو کې Hematuria منځته راځي.
3. Angiogaphy به Microaneurysms د ځیګر Hepatic، پښتورګو او د کولمو د کوچنیو اوعیو را په ګوته کړي.
4. د اخته شوو غړو Biopsy به د اوعیو اړونده افتونه را په ګوته کړي.

***

پنځه ویشتم څپرکی

د ادرار ډېربښت

Polyuria

که د ادرار کچه په 24hours کې له 3L څخه ډېره شي، Polyuria ورته وايي.

لاملونه:

(Urine Osmolality >300mosm\L)Solute Diusresis:

1. Diabetes Mellitus.
2. Diuretic Phase of Acute Renal Failure.
3. Diuretic Therapy Including mannitial.
4. Hypokalemia.
5. Hypercalcemia.

Water Diureses (Urine Osmolality <250mos\L):

1. Diabetes Insipidus.
2. Compulsive Polydipsia.

Isothenuria(Urine Osmolality Equal to That of Plasma Osmolality)

1. Chronic Renal Failure.

Diabetes Mellitus.1

د میتابولیکي ګډوډی ده، چې د انسولین کمښت له کبله په ناروغانو کې Hyperglycemia منځته راځي، خو Glycosuria به تر سترګو کېږي.

ډولونه:

:Primary Diabetes Mellitus.A

په لاندې ډولونو ویشل شوې ده.

Type 1.D.M.1

په اولو وختونو کې ورته (Insulin Dependent Diabetes Mellitus)(IDDM) ورته ویل کیږي.

Type 2.D.M.2

په پخوانیو وختونو کې دې ته (Non - (Insulin Dependent Diabetes Mellitus)(NIDDM) ورته ویل کېدل.

:Secondary Diabetes Mellitus.B

دا ډول شکر د بلې ناروغۍ د کلینیکي اعراضو سره ملګری وي، لکه د پانکراس ناروغي چې د ډېر انسولین افراز له کبله منځته راځي.

لاملونه:

Disease of The Pancrease.A

1. Pancreatitis.
2. Hemochromatsis.
3. Carcinoma Pancrease.
4. Pancreatectomy.
5. Cystic Fibosis.

:Insulin Antagonists

1. Thyrotoxicosis
2. Pregnancy
3. Cushing's Syndrome
4. Pheochromocytoma
5. Acromegaly

د Diabetes Mellitus اختلاطات:

1. **Acute complications**
    a. Hypoglycemic Coma.
    b. Ketoacidosis.
    c. Hyperosmolar Non – Ketotic Coma.
    d. Lactic Acidosis.
2. Chronic complications
    a. Microvascular
        i. Diabetic nephropathy
        ii. Diabetic neuropathy
        iii. Diabetic retinopathy
        iv. Early cataract
    b. Macrovascular
        i. Coronary artery diseases
        ii. Peripheral vascular disease
        iii. Cerebrovascular diseases
    c. Others
        i. Infections
            1. Carbuncle
            2. Diabetic foot
            3. Pneumonia
            4. Tuberclose
            5. Monoliasis
        ii. Dermatologic manifestations
            1. Necrobiosis lipidica
            2. Lipoatrophy

Diabetic retinopathy

1. Simple or background retinopathy
    i. It is not threat to vision

1. Microaneurism(seen as dot hemorrhage)
2. Venous abnormalities
3. Hemorrhage
4. Soft and hard exudates

b. Proliferative retinopathy

i. It lead to loss of vision

1. New vessel formation
2. Retinitis proliferative

c. Diabetic maculopathy

i. Hard exudate

دټایپ ۱ اوټایپ۲کلینیکی پرتله

کلینیکی بنه	ټیپ ۱	یپ۲
تشی متیازی زیاتوالی او تنده	++	+
ضعیفیdاوستړیا	++	+
د ېر خوړل دوزن بایللو سره	++	-
تکراری دسترگو لید لوخرابوالی	+	++
په ښځو کی د فرج خارښت	+	++
محیطیdنیوروپاتی	+	++
دشپی له خوا تشی متیازیdکول	++	+
اکثرdبیdاعرضه	-	++

Differentiation of TI and T2

DM

Common differences between type 1 and type 2 diabetes	
Type 1 Diabetes	**Type 2 Diabetes**
Often diagnosed in childhood	*Usually diagnosed in over 30 year olds*
Not associated with excess body weight	*Often associated with excess body weight*
Often associated with higher than normal ketone levels at diagnosis(DKA)	*Often associated with high blood pressure and/or cholesterol levels at diagnosis(HHS)*
Treated with insulin injections or insulin pump	*Is usually treated initially without medication or with tablets*
Cannot be controlled without taking insulin	*Sometimes possible to come off diabetes medication*
autoimmune disease	*insulin resistance.*
Family history uncommon	*Family history positive*
Absolute insulin deficiency	*Partial deficiency*
Insulin C-peptide is abscent	*Insulin C-peptide is present*

اعراض:

دري پېژندل شوي اعراض يې د بر د يادولو وړ دي:

1. Polyuria
2. Polyphagia
3. Polydipsia

بنايي ځينو وګړو کې اختلاطات هم وليدل شي.

نبنې:

د خپلسري شکر کومه ځانګړې نښه نه شته، خو که اختلاطاتو پرمختګ وکړ، نښې په خپل سر را پورته کوي.

پلټنې:

د شکر تشخیص دنورمال ګلوکوز کچې په ټاکلو سره کوو، وورسته له دې چې ناروغ 8 ساعته په نهاره وي، د ګلوکوز کچه يې له ≥126mg\dl سره سمون خوري.

يا هم که د ګلوکوز وروستۍ کچه تر ≥200mg\dl پورته شوه، شکر تشخيص سم دی.

:Diabetic Neuropathy

1. Polyneuropathy:It Involved Distal Parts of Extrmities.
2. Diabetic Amoytrophy Quadricepts are Commonly Involved. There is weakness, wasting and painfull
3. Mononeuropathy: Commonly Involved Nerves are 3rd and 6rd Cranial Nerve.ulnar N, median N,sciatic N,
4. Autonomic Neuropathy:Its Manifestatioons Include Postural Hypotension ,Gastropariesis ,Nocturnal Diarrhea Fecal and Urinary Incontinance and Impotance.painless

myocardial infarction

:Diabetic Phase of Acute Renal Failure

د پښتورګو په حاده عدم کفایه او Acute Tubular Necrosis کې د ګلومیررولونو دندې ژر رغیږي، خو د ټیوبولونو په ځنډ سره رغیږي.
د ژر رغیدو پر مهال د ګلومیرولونو له لارې فلتریشن کمزوری کیږي او له مخې يې د ادرار کچه ډیریږي.

:Diuretic Therapy.3

د ادرار په ډیریدو سره به خامخا ناروغ د درملو ډیرو کارولو تاریخچه لري.

Hypokalemia.4

د پوتاشیم کچه له نورمال حالت څخه ټیټیږي، دا پېښه هغه مهال منځته راځي، چې د کانګو، ادرار او غایطه موادو له لارې ډیر مقدار پوتاشیم ضایع شي. د Hypokalemia له کبله د پښتورګو ټیوبولونه زیانمنیږي او ادرار په ډیرښت (Polyuria) پیل کوي.

لاملونه:

1. Vomiting and Diarrhea
2. Diuretic Therapy
3. Hyperaldosternism
4. Cushing's Syndrome
5. Renal Tubuler Acidosis
6. Ileostomy

اعراض:

1. Paralytic Ileus ښايي، د ګیډې پړسوب او د کولمو د اوازونو د نه

شتون سره یو ځای منځته راشي.
2. د زړوند ګوابنوونکی Arrhythmias وېره شته.
3. د عضلاتو کمزوري او د غبرګون نه شتون هم منځته راتلی شي.

پلټنې:

د سیروم پوتاشیم کچه به ټیټه وي او USGبه Hypokalemia نښې وښیي.

Hypercalcemia.5

لاملونه:

1. Primary Hyperparathyroidism.
2. Vetamin D Intoxication.
3. Bone Metastastic.
4. Multiple Myeloma.
5. Hyperthyroidism
6. Sarcoidosim.

اعراض:

1. Polyuria به ډېره عامه وي.
2. که د پښتورګو تیږو شتون درلود د Renal Colic او Hematuria اعراض هم را څرګندیږي.
3. قبضیت او خفګان هم شونی دی.

نښې:

په نهاره د سیروم کلسیم کچه لوړه وي، د لاندې فورمولې په مټ باید تکرار معاینات له سره شي.

Calculated Calcium =Serum Calcium+0.8(4 Serum Bilrobin)

د Para Thyroid هورمون اندازه شي.

Diabetes Insipidus.1

د نخاميه غدې د افرازاتو د کمښت له کبله Vasopressin او Anti Diuretic Hormone(ADH) کمېږي، نو له مخې یې د پښتورګو د ټیوبولونو له لارې اوبه نه جذبېږي.
ادرار ډېرېږي.

اعراض:

١.Polyuria ، NoctuRIA او Polydipsia اعراض به شته وي.

نښې:

Dehydration یوازې هغه مهال منځته راځي، چې د مایعاتو اخیستل کم شي.

پلټنې:

1. د ادرار اسمولیلټي کمېږي او د پلازما اسمولیلټي ډېرېږي.
2. که ناروغ ته Vasopressin زرق شي، د ادرار اسمولیلټي پورته کېږي.

Compulsive Polydipsia.2

د اروايي ستونزو له کبله ناروغان اوبه ډېرې څښي، ستونزه د شپې له خوا ډېره وي، د پلازمان اسمولیلټي نورمال وي، خو د ادرار اسمولیلټي ټیټه وي.

Chronic Renal Fuilure.1

د پښتورګو په عدم کفایه کې ادرار ځکه ډېرېږي، چې د پښتورګو

ټیوبولونه نشي کولای، ادرار جذب کړي.
د ادرار ځانګړی وزن ۱۰۱۰ ته ټاکل شوی دی.

***

شپږویشتم څپرکی

Monoarthritis

Arthritis مانا د بندونو التهاب چې په افت ککړ شوی بند به پړسېدلی، ګرم او حساس وي، د بندونو خوځښتونه به دردناک او په بند کې به مایع راټوله شوې وي.

ځېنې ځانګړې ناروغی لکهTuberculous Arthritis ، Pyogenic Arthritis کولای شي، چې بند په افت اخته کړي.

لاملونه:

1. Ostteoarthritis.
2. Tuberculous Arthritis.
3. Pyogenic Arthritis.
4. Gonoccocal Arthritis.
5. Gouty Arthritis.
6. Pyrophosphate Arthropaty.
7. Neuropathic Arthritis.
8. Hemarthrosis.

Ostteoarthritis.1

د بندونو استحالوي ناروغي ده، چې په زړو وګړو کې ډېره عامه وي او هغوی ډېر پرې اخته کوي، چې ډېر وزن تحمل کوي، لکه د Hipاو Knee بندونه.

اعراض:

1. ناروغان به په بندونو کې د خوځښت پر مهال شدید درد احساس کوي.
2. ناروغان به د سهار پر مهال د بندونو د شخوالي څخه ستونزمن وي.

نښې:

1. بند په کمه کچه پړسېدلی او حساس وي.
2. بند به خپل شکل له لاسه ورکړی وي.
3. ښايي چې د بند لپاسه Cripitus جس شي.
4. خوځښتونه نه محدود کېږي.
5. د بند شاوخوا عضلات کمزوري کېږي.
6. د وينې د ESR او Leukocyte کچه به نورمال وي.
7. په X- Ray کې به د بندو تر منځ واټن او د Osteophyte موجود وي.
8. Periarticular Sclerosis او د Cyte جوړېدنه ډېره عامه ده.

Tuberculous Arthritis.2

د کوناټيو Hip او زنګون بندونه په عام ډول اخته کوي.

اعراض:

1. ناروغ د بندونو خوځښت پر مهال ډېر درد احساسوي.
2. ښايي، چې په افت اخته شوی بند په روښانه توګه پړسېدلی وي.

نښې:

1. بند به پړسېدلی او حساس Tender وي.
2. خوځښتونه به محدود او دردناک وي.

پلټنې:

1. ESR لوړېږي.
2. Tuberculin ازموینه ښايي، چې مثبت وي.
3. د ګوګل ایکسرې ښايي، چې د سږو د توبرکلوز څخه ښودنه وکړي.
4. د بند X- Ray به د بندونو تر منځ واټن کمښت او هډوکين Erosions راوښيي.
5. MRI ښه تشخیص غوره کولای شي.
6. Synovial مايع به Turbid او د ټيټ لزوجيت درلودونکي وي.
7. حجرات په تېره لمفوسايت به $200.000\backslash mm^3$< پورې رسېدلي وي.
8. د بشپړ تشخیص د ټاکلو لپاره د Synovial Fluid بایوپسي(Biopsy) ته ډېره اړتیا لیدل کېږي.

Pyogenic Arthritis.3

بندونه تخريبوي، په تېره بیا هغه ناروغانو کې چې معافیت ځپلي دي.د بندونو دا ډول التهاب د پښو د بندونو بند (Knee Joint)کې ډېرې پېښېږي، عام ارګانیزم چې د التهاب منځته راوړي، Staph Aureus دي.

اعراض:

1. د افت په حاد حالت کې ناروغ د بند له شديد درد څخه سر ټکوي.
2. ښايي، چې د بند له درده ناروغ تبه هم ولري.

نښې:

1. بند به پړسېدلی، حساس او د Effusion درلودونکی وي.
2. دبند له پاسه پوستکی به ګرم او سور رنګه وي.
3. بند په محدود خوځښت او درد لري.

پلټنې:

1. Leukocytosis به موجود وي.
2. Synovial مایع به Turbid او د لږ لزوجیت درلودونکی وي، چې د نیوتروفیل کچه به تر $100.000\backslash mm^3$ پورې وي.
3. د وینې کرنه (Blood Culture) به مثبت وي.
4. د بند X- Ray کوم ځانګړې ارزښت نه لري.

Gonoccocal Arthritis.4

د بندونو دا ډول التهاب د Immunological Gonoccocal انتاناتو سره د غبرګون څخه وروسته په Asceptic ډول منځته راځي، ښايي، چې بندونه یو ځای اخته کړي.

اعراض:

1. ناروغ به له دردناکه بندونو څخه سر ټکوي.
2. تبه، لړزه او Rash يې عام اعراض دي.
3. د تماس او بولي افرازاتو تاریخچه به مثبت وي.

نښې:

1. بند به پړسېدلی، ګرم او حساس وي.
2. خوځښتونه محدود او درد ناکه کېږي.

پلټنې:

1. ښايي، چې Leukocytosis شته وي.
2. بولي افرازات به د Gonoccocal له کبله وي.
3. په Synovial مایع کې به Puscells او Culture د ګونو کوکل انتان

مثبت وي.

Gouty Arthritis.5

دا ناروغي د نارينه وو ناروغي ده، چې وګړي په منځني عمر کې ډېر اخته کوي، دلته د بند په دننه کې Urate Crystals را غونډ ېږي.

د بندونو له ډلې څخه لومړی افت د پښې غوټې په Metatarsophalangeal بند کې خپل نښې را څرګندېږي.

اعراض:

ناروغ به په وار تر بله د بندونو شديد دردونه ولري.

نښې:

1. بند به پړسېدلی، ګرمHotاو ډېر حساس وي.
2. د غوږ په غضروف کې به Tophi جس وړ وي.

پلټنې:

1. د سيروم د Uric Acid کچه به لوړه وي.
2. په Synovial مايع کې به Urate Crystalsشتون ولري.

Pyrophosphate Arthropaty (Pseudogout).6

د بندونو په دې التهاب کې د بند په منځ کې د Calcium Pyrophosphate کريستالونه را غونډ شوي وي، دا التهاب په زړو خلکو کې د ځو بندونو سره يو ځای له Osteoarthritis سره جوخت منځته راځي.

په حادو حملو کې د پښو د زنګون بند ډېر اخته کوي.

اعراض:

بند به ترو روستي بريده دردناک وي.

نبښې:

1. بند به پړسېدلی او حساس وي.
2. په افت ککړ بند کې به په ډېره کچه مايع را غونډه شوې وي.

پلټنې:

1. د بند په X- Ray کې به کرښې تـه ورتـه يا Liner calcification وليـدا ی شي.
2. د Synovial مايع به Pyrophosphate Crystals ښودنه وکړي.

Neuropathic Arthritis. 7

د بندونو دا ډول التهاب په هغـو وګـړو کـې رامنځتـه کېـږي، چې د محيطي حسي حس يې له لاسه ورکړی وي.

اعراض:

1. د ښنګري (Ankle) بند اخته کوي.
2. د ناروغ به ډېر دردناک او اصلي ښه يې له لاسه ورکړې وي.

نبښې:

1. محيطي حس د لاندې ناروغيو له کبله منځته راځي.

Diabetes Mellitus(a
Tabes Dorsalis(b

:Hemarthrosis

دا ډول التهـاب د وينـې د علقـه کېـدو د نـاروغيو لکـه Hemophilia څخـه

منځته راځي.

اعراض:

بند به شدید درد لرونکی او کم تپ څخه وروسته وینه بهېدنه لري.

نښې:

1. د Synovial مایع به Frankly Hemorrhagic وي.
2. د وینې علقه کېدنه اوږدېږي.
3. د ناروغیو تاریخچه هم ډېره اړینه ده.

***

اوه ویشتم څپرکی

Poly Arthritis

له یو څخه په ډېرو بندونو کې درد ، پړسوب، حساسیت او د خوځښتونو محدودیت ته Poly arthritis وايي.

لاملونه:

1. Rheumatic Arthriti.
2. Rheumatic Arthriti.
3. Osteoarthritis.
4. Systemic Lupus Erythematosis.
5. Gonoccocal Arthritis.
6. Gout.
7. Ankylosing Spondylitis.
8. Reiter' s Syndrome.
9. Enteropathic Arthritis.
10. Behcet' s Syndrome.

Rheumatoid Arthritis.1

د ډېرو سیستمونو یوه ځنډنۍ ناروغي ده، چې په بدن کې څو ورته بندونه د ځرګندو کلینیکي اعراضو سره یو ځال په التهاب اخته کوي.
همدارنګه د بدن په هر بند کې د شکل تو پیرونه هم منځته راځي.

اعراض:

1. ناروغ د ډېرو بندونو له درد څخه سر ټکوي.
2. د سهار له مخې د بندونو تر منځ د شخوالي احساس.

3. د اعراضو ډېرښت د ژمي په موسم کې موجود وي.

نښې:

1.بندونه به سوروالی، ګرموالی او حساسیت (Tenderness) لري.
2.د لاس بندونه ډېر اخته کوي، ښايي، په وروستيو کې د ګوتو بندونه Spindle بڼه غوره کوي.
3.د بندونو په خوځښت کې کې محدوديت شته وي.
4.د ناروغۍ له پرمختګ سره يو ځای د بند د بد شکلۍ نښې هم ډېرښت مومي.

پلټنې:

1. ESR ، CRP، به لوړ وي، خو د Hemoglobin کچه به ټيټه وي.
2. په 80 – 70 سلنه ناروغانو کې د Rheumatpoid Factors مثبت وي، چې Seropositive Arthritis ورته وايي، (نه مثبتوالی يې د بند التهاب نه شي رد کولای)

Classifiction Critera for Rheumatoid Arthritis :

دا کړنلاره د تشخيص وروستی بريد نه شي ټاکلی، خو بيا هم له مخې يې کولای شي، چې د بندونو د التهاب په هکله د ځنډنيو ناروغيو او د بندونو د تخريب نښې په ځرګند ډول را وښيي، ددې کړنلارې ساحه له **6 – 0** عددونو پيل کېږي، ياني ۲ نمرې د Rheumatic Arthriti ځرګند شتون په ګوته کوي.

1. Anti CCP (Anti Citrullinated Peptid) انتې باډی ګانې په ۷۰ سلنه پېښو کې مثبت وي.
2. په X- Ray کې به د نرمو انساجو (Soft Tissue) پړسوب،

Osteopeniaورته بندونو کې د تشې ډېربښت، د بندونو د هډوکينو برخو سوليدل، د بندونو د هډوکينو برخو Erosionاو نور ډوله هډوکينې بد شکلې.

3. MRI د بندونو په Erosion او Synovitis کې ډېره ښه ازموينه ده، د همدې ازموينې په مټ د هډوکو مغز پړسوب، چې د التهاب پيل ښيي، هم پوره مالومات تر لاسه کولای شي.

4. Synovial مايع به غبار ته ورته ښه او د ټيټ Viscosity درلودونکې وي، د حجراتو شمېر به يې د (5.000 – 50.000ML)تر منځ وي.

Extra – Articular Manifestation of Rheumatoid Arthritis:

له بند څخه بهر د Rheumatoid Arthritis کلينيکي نښې:

سيستماتيکه ناروغي ده، چې د بدن بېلابېل غړي اخته کوي.

په ټوليز ډول به ناروغ زړه بدوالی، د وزن بايلل، تبه، Raynaud׳s Phenomenon، Lymphadenopathy، د عضلاتو کمزوري، د بند په خلاصولو او راټولولو کې ستونزې، Bursitis, Osteoporosis ولري، نورې نښې يې په لاندې ډول دي.

په سترګه کې:

Episcleritis، Scleritis، Scleromalacia، Sicca Keratoconjunctivitisاو

Keratoconjunctivitis Sicca (د سترګو وچوالی)

په دماغو کې:

Entrapment Neuropathies، Synovial Carpal Tunnel، Ulner

Nerve Compressionاو Peripheral Neuropatjy

په سږو کې:

د پلورا په تشه کې دمايع را ټولېدل(Pleural Effusion).

Obliterative اوCaplan،s Synovial ، Chronic Interstitial Fibrosis .Branchioplitis

په وينه کې:

1. کمخوني.
2. Thrombocytosis
3. Falt،s Synovial

په زړه کې:

1. Vasculitis
2. Cardiomyopathy,Percordial Effusion, Percorditis

د لاسونو عامې بد شکلۍ په Rheumatoid Arthritis کې:

1. Anterior Subluxation
2. Swan Neck Deformity
3. Boutonniere يا Button – Hole بد شکلي
4. د غټې ګوتې (z)ډوله بد شکلي

Rheumatic Fever

په دې ډول کې د بند التهاب لېږدونکی وي، ياني اول يو بند بيا بل بند اخته کوي.

بند به بد شکلي نه لري، خو د بند التهاب سر يو ځای به ناروغ تبه لري.

د Rheumatic تبې کلينيکي بڼه:

1. Arthritis: يو يا څو بندونه اخته کوي.
2. Carditis: د زړه ټکان، سا لنډي او سينې درد شتون(د Peri carditis له کبله)، Tachycardia، Mid –Diastolic Murmur)cardia Rub,Coom،s Murmur,Cardiomegaly (Sytolic Murmur,Peri او نور.

3. Erythema Marginatum
4. Subcutaneos

د بندونو او هډوکو لپاسه بې درده کلکې غوټې ته ورته جوړښتونه جس کېږي.

5. Chorea (Sydenham)

له شپږ میاشتنۍ وروسته منځته راځي.

Jones Minor Criteria :

1) تبه
2) Arthralgia
3) High ESR \c Reactive Protein
4) Leucocytosis
5) ECG Changes په لومړي او دوهم درجه AV Block کې تر سترګو شي.
6) د روماټیک تبې مخکېنۍ تاریخچې شتون.

د تشخیص کرنلاره:

د Rheumatic Fever تشخیص له دوه Major Criteria او یوې Major او دوه Mijor Criteria څخه جوړ شوی وي، خو د Strepococcal انتاناتو د مثبتوالي نښې به هم شته وي.

: Osteo Arthritis.3

په Osteo Arthritis کې له یو څخه ډېر بندونه اخته کېږي، ډېرې پېښې یې په Spine,Hip او Knee بندونو کې تر سترګو کېږي.

:Systemic Lupus Erythematosis(SLE).4

د ډېرو سیستمونو د ارتباطي انساجو تخریبي ناروغي ده، چې په منځنې عمره ښځې ډېرې اخته کوي، ناروغان سیستماتیک اعراض، لکه ستړیا،

تبه، د زړه بدوالی او د وزن بایلل هم لري.
نبه تشخیص یې د کلینیکي نښو او مثبت Immunological موندنو په وسیله کولای شو.

:Gonoccocal Arthritis.5

له یو څخه ډېر بندونه اخته کوي.

:Gout.6

د ځوانو نارینه وو ناروغي ده، چې ډېر Scaroiliac Joint او Spine اخته کوي.

اعراض:

1) ناروغ د ملا دردونو بر سېره د ملا شخوالی لري.
2) د دواړو کوناټیو دردونه ، چې دواړه لینګو خوا ته هم لېږي.
3) د پوندې دردونه.

د SLE د تشخیص کرېنلارې:

11 ډوله کرېنلارې شته، چې ۹ یې کلینیکي او ۲ یې لابراتواري دي.

کلینیکي:

بندونه

Arthritis.1 : بند به Non Erosive وي، دوه بندونه اخته کوي، خو د بند بد شکلي نه وي.
(Butterfly Rash)Malar Rash.2
Discoid Rash.3
Photosensitivity.4

مخاطي عشا:

5. د خولې ټپونه
په بدن کې:
6. میرګي یا Psychosis
په وینه کې:
Hemolytic Anemia, Leukeopenia, Lymphopenia یا Tthrombocytopenia
7. Pericarditis, Pleurisy

:Labortory Immunologic Disorder

9. Anti – Double Standed DNA, Anti Smooth Muscle
Antinuclear Antibody (AND):

د تشخیص کړنلاره:

د SLEتشخیص له ۴ پورتنیو کړنلارو څخه په تاریخچه کې جوړیږي.

نښې:

1) د Lumber د برخې Lardosis لـه منځـه تللـی وي او Kyphosis ډیر شوی وي.
2) د Spine خوځښتونه دردناکه وي.
3) Sacroilic Joint ډیر حساس شوی وي.
4) د سینې پراوخوالی ډیر شوی وي.
5) په وروستو کې ناروغ د سر د ګرزولو توان هم له لاسه ورکوي.

پلټنې:

1) ESR او CRPلوړیږي.

2) Rheumatoid Factors به منفي وي.

3) Sacroilic Joint څنډې به هډوکين Sclerosis سره يو ځای غير منظمې وي.

4) MRI ډېر ښه تشخيص غوره کوي.

5) X-Ray کې به Bamboo Spine نښې تر سترګو شي.

د Ankylosing Spondylitis د تشخيص کړنلارې:

1) د سهار له مخې د بندونو شخوالی له ۳۰ دقيقو څخه ډېر.
2) له تمرين سره يو ځای د ملا درد ډېرېدل.
3) د شپې په وروستۍ برخه کې د ملا درد ډېرېږي.
4) د کوناټيو د درد ډېرښت.

له ۵۰ کلنۍ څخه په ټيټ عمر لرونکو وګړو کې دې د پورته ۴ نښو شتون په Ankylosing Spondylitis دلالت کوي.

:Reiter, s Syndrome.8

په ځوانانو کې د Conjunctivitis Uretritis او Arthritis شتون وايي.

اعراض:

1) د Bacillary Dysentery اعراضو شتون.
2) ناروغ به د بندونو او ملا له درد څخه سر ټکوي.
3) د سترګو درد او د متيازو سوځېدل به شته وي.

نښې:

1) اخته شوی بند به سوروالی او پړسوب لري.
2) سترګې به سوروالی لري.

پلټنې:

1) ESR به لوړ وي.
2) په متیازو کې به Puss Cell شته وي.
3) Rh Factor به منفي وي.

:Enteropathic Arthritis.9

بیا فعال شوی Arthritis هم ورته وايي، د کولمو په التهابي ناروغیو سره یو ځای منځته راتلی شي.

:Psoriatic Arthritis.10

1) د نورو بندونو په پرتله Terminal Interphalageal بند ډېر اخته کوي.
2) Sacroilitis او Spondylitis په کې عام وي.
3) د نوکانو Pittiing هم تر سترګو کېږي.
4) په مټ او لینګو کې Scaly Skin افتونه ډېر وي.
5) ESR به څرګند ډول لوړ وي.
6) Rheumatoid Factor منفي وي.

:Behcet, s Syndrome.11

د ډېر سیستمونو کلینیکي ناروغي ده، چې Major او Mijor کړنلارې لري، د ښنګري او زنګون بند ډېر اخته کوي.

د خولې پرله پسې ټپونه د افت ښودنه نشي کولای، خو که د خولې د ټپونو سره یو ځای کابو لاندې دوه غټې کړنلارې را منځته شوې، تشخیص وروستی کېږي.

:Major Criteria

1. Recurrent Aphthous Ulcers
2. (Retinal Vassel Occlusion,Posterior,Uveitis,Iritis)Eye Lescons
3. (Like Lescons Acne,Erthema Nodosum,Folliculitis)Skin Lescon,s
4. Genital Ulcerations
5. Pathergy Test

:Major Criteria

1. Arthritis(Non Erosive)
2. Intestinal Ulcerations
3. Thrombophlebitis

:*Still, s Disease*

Juvenile Arthritis چې له اته کلنۍ په ټيټ عمره ماشومانو کې منځته راځي.

:*Sjogren Syndrome*

په ناروغانو کې Xerostomia (د خولې وچوالی) د سترګو وچوالی (Keratoconjunctivitis Sicca) شته وي.

:*Sicca Syndrome*

د نورو ناروغيو پرته په ناروغ کې Xerostomia او Keratoconjunctivitis شته وي.

***

اته ویشتم څپرکی

د ملا درد

Bach Ache

د ملا دردونه په ډېرو وګړو کې منځته راتلای شي، خو ددې دردونو له منځه وړل په کومې ځانګړې درملنې ته اړتیا نه لیدل کېږي، خو یوازې درد ضد Andalgesic درمل ډېر ګټور اغېز ښندي.
د ملا شدید او نه کرارېدونکي دردونه به ښايي، د لاندې لاملونو له کبله منځته راغلی وي.

Caueses:

1. Sprains
2. Intervertebral Disc Herniation
3. Tuberculosis of Spine
4. Osteoporosis
5. Spondylo Arthritis
6. Traumatic vertebral Fracture
7. Metastasis(E.g. Carcinoma Prostae,Myeloma, Lymphomas
8. Pelvic Inflammatory Disease

Sprain.1

د ملا د عامو دردونو د رامنځته کېدو سبب ګرزي.

اعراض:

له ټیپي کېدو څخه وروسته به د ملا درد شتون لري.

نښې:

1. د ملا د کړيو د خوځښتونو پرمهال شديد دردونه.
2. موضعي حساسوالی ښايي موجود وي.

پلټنې:

د Sprains ايکسری به نورمال وي.

Intervertebral Disc Herniation.2

د ملا د عامو دردونو ټوليزه جوړوي، چې له امله به يې د ملاL5 -L4 او L5 SI کړيو Discs زيانمن شوی وي.

اعراض:

1. درد په حملوي توګه منځته راځي، درد له ملا څخه پيل او د پښو يا Leg له خوا خوځيږي، چې Sciatica ورته وايي.
2. درد له قدم وهلو سره ډېر شدت مومي.
3. د ډېر درد له کبله ښايي، چې Leg هم کمزوری شي.

نښې:

1. د Straight LegRaising ازموينه به مثبت وي.
2. د L5 او SI فقراتو عصبي ريښې اخته کوي.

پلټنې:

1. د X _ Ray Spine به Disc عدد پراخوالی به کم شوی وي.
2. Myelogram به روښانه توګه د Herniation را په ګوته کړي.
3. تر ټولو ښه ازموينه د MRIبلل شوې ده.

د L5 فقرې تر فشار لاندې راتلل:

1. د پښو د Dorsiflexian کمښت او کمزوري.
2. ناروغ نشي کولای، چې د پوندو (Heels) له پاسه قدم ووهي.
3. د پنډيو نورمال (Jerk) له منځه ځي.
4. د L5 اړونده برخې د پوستکي د جس کمښت.

د Sl فقرې تر فشار لاندې راوستل:

1. د پښو Planter Flexion به د کمښت او کمزورتیا ښکاره شوی وي.
2. ناروغ به نشي کولای، چې د پنجو Toes له پاسه قدم ووهي.
3. د L5 فقرې اړونده پوستکي د حسیت کمښت.

Osteoarthritis of Spine.3:

Tuberculosis of Spine.4

Cairies Spine:

د Spine توبرکلوز په ټولیزډول سره Thoraco – Lumber فقرات اخته کوي.

اعراض:

1. ناروغ به د ملا درد لري.
2. د ګېډې په ښکتنۍ برخه کې پړسوب او هم د Thigh په برخه کې د Cold Absces شتون.
3. د ناروغ د Legs په برخه کې به کمزوري وي.

نښې:

1. Local Spinal Depormity (Gibbus) به له حساسیت سره يي، ځای شتون ولري.
2. ناروغ به Paraplegia په څېر نښې لري.کوم چې د Upper Motor Neurn افتونو له کبله منځته راځي.

پلټنې:

1. د وینې ESR به لوړ وي.

2. X _ Ray به د فقراتو په څنډوکې د Erosions را په ګوته کړي.
3. تر ټولو معاینه MRI دی.

:Osteoarthritis.5

د هډوکو د نورمال اجزاوو او موادو کمښت ته ویل کېږي، چې له امله یې هډوکي کمزوري او د ماتېدو خوا ته میلان کوي.

په دې ډول ماتېدنه کې ډېر د Colles Fruture د Femoral هډوکي د غاړې برخې ماتېدنه او د فقراتو ماتېدنه عامه وي.

Causes:

1. Old Age.
2. Post Menopause.
3. Prolonged In Activity.
4. Steroid Therapy.

اعراض:

1. د ملا درد د عامو اعراضو څخه دی.
2. ناروغ به په کسر اخته شوې ساحه کې له درده ډېر ستونزمن وي.

نښې:

1. موضعي حساسیت (Tenderness)
2. Kyphosis ډېره عامه نښه او ستونزه ده.
3. ناروغ به د وخت په تېرېدو سره خپل قد له لاسه ورکړي.

یادونه:

Osteoarthritis باید له Osteomalacia توپیر شي، په دې ډول چې په Osteomalacia کې د هډوکو Mieralizatiors تخریب شوی وي.

پلټنې:

1. په X _ Ray کې به د هډوکو کثافت کمښت موندلی وي.
2. د سیروم کلسیوم، فاسفورس او الکالین کچه به نورمال وي(الکالین فاسفاتیز کچه هغه مهال لوړیږي، چې په نرېدې وختونو کې هډوکي مات شوي وي).
3. DXA(Dual Energy X _ Ray Absorptiometry) او CT Scan ډېر روښانه تشخیص را په ګوته کوي.

:Spondyloarthritis.6

یو ډول ناروغي ده، چې متصف دی، په التهابي Arthritis له منفي Rheumaatuid Factor سره یو ځای ډېر ډولونه د کلینیکي اعراضو منځته راوړي.

د ملا د درد یو له روښانه اعراضو څخه شمېرل کېږي او ناروغي یې په لاندې ډول دي:

1. Ankylosing Spondylitis.
2. Reiter, s Syndrome
3. Psoratic Arthriti.
4. Enteropathic Arthritis.
5. Behcet, s Syndrome.
6. Juvenile Chronic Arthritis.

:Traumatic Vertebral Fractures.7

ښه تشخیص یې د X _ Ray په وسیله تر سره کېږي.

:Metastasis.8

1. فقراتو ته د Metastasis ډېره عامه پېښه ده، په تېره د پروستاټ په

کانسر، Myeloma او Lymphoas کې.
Bone Scan به د غیر نورمال موضعي Acumulation د فعالیت ښودنه کوي. :

یادونه

د Vitamin D د کمښت له کبله په ناروغانو کې Osteomalacia منځته راځي.

اعراض:

1. د هډوکو شدید دردونه.
2. په کیناستو او پاځېدو کې به ناروغ ډېره درد احساس کوي.

نښې:

1. په موضعي ډول به په هډوکي کې حساسیت موجود وي.
2. Proximal برخو عضلاتو به کمزورې شوې وي.
3. غبرګون Reflex به نورمال وي.

پلټنې:

1. د سیروم کلسیم کچه ټیټه وي.
2. د سیروم فاسفیت کچه به ټیټه وي.
3. د الکالین فاسفیت کچه به لوړه وي.
4. په Ray _ X کې به Looser' s Zones (Pseud – Fructures) نښې ولیدای شي.

.2

:Pelvic Inflammatory Disease.9

دا په ښځو کې د ملا د ښکتنۍ برخه د دردونو سبب ګرځي، د ښه تشخیص لپاره باید نسايي پلټنې وشي.

***

نهه ویشتم څپرکی

د سر درد

Headache

لاملونه:

1. Referred Headache
2. Vascular Headache
3. Traction on Intrcranial Structures
4. Meningeal Irritation
5. Cranial Neuralgias
6. Tension Headache

1.Referred Headache

کېدای شي، چې درد له سترګې، غوږ، غاښونو او Sinuses څخه د سر خوا ته ولېږدیږي.

Eyes:

1. Iritis, Glaucoma له کبله د سر درد.
2. د سترګې بشپړه کتنه د ښه تشخیص لپاره.

Teeth:

1. درد ښايي، د غاښ التهاب او د غاښ د ابسې کېدو له کبله سرته ولېږدیږي.
2. د غاښ سمه کتنه د تشخیص په تاکلو کې مرسته کوي.

ENT:

1. د پوزې د Sinuses، غوږونو د التهاب له کبله درد د سر خوا ته خوځيږي.
2. د Maxillary Sinus او Frontal Sinus التهاب کولای شي، په ناروغ کې د سر درد سبب شي.
3. له موضعي کتنې سره يو ځای د وروستي تشخيص د اېښودلو لپاره ناروغ ته د Paransal Sinus او Mastoid Air Cell لپاره د X- Ray توصيه کول ډېر اړين دي.

Vascular Headache.2:

د Extracranial Blood Vessele (له کوپړۍ څخه بهر رګونو) التهاب او پراخوالي له کبله ناروغ کې د سر درد منځته راځي، د سر درد بڼه Throbbing وي، چې خوځښت سره يو ځای درد ډېرښت مومي.

لاملونه:

1. Fever
2. Migrain
3. Cluster Headache
4. Systmemic Hypertension(Sever)
5. Cranial Arthritis.
6. Hypereapnia(Due to Respiratory Failure)

Fever:

په بېلا بېلو ناروغيو کې د لوړې درجې تبې له معمولو اسبابو څخه يو هم د سر درد دی.

Migrain

د Vascular سر درد يوه عامه بڼه ده، يا هم حملو سر درد، چې د سر په يوه خوا کې منځته راځي.

پوهاند دوکتور سیف الله هادی
دداخله ناروغیو تفریقی تشخیص

په ښځو کې یې پېښې ډېرې وي، چې له پیغلتوب سره سم بیل او د ژوند تر منځني عمره غځیږي.

که Aura شتون ونه لري، دې ډول ته Migrain ته Common Migrain وايي، خو که Aura ورسره ملګرې وه، Clasical Migrain یې بولي.

اعراض:

1. سر درد پرله پسې او د سر په نیم اړخ کې وي.
2. له سر درد سره یو ځای زړه بدوالی او کانګې هم شته وي.
3. د میاشتني عادت، رڼا، وېره، خوړو، پنیر، چاکلیټ او قهوې سره یې اعراض ډېرښت مومي.
4. په بېلا بېلو وختونو کې د سر درد حملې راځي، له ساعتونو تر ۲ـ۳ ورځو دوام کوي، د ارام (دمې) سره له منځه ځي.
5. د ورته سر درد کورنۍ تاریخچه به شتون لري.

نښې او پلټنې:

کلینیکي کتنې او پلټنې به نورمال وي، خو په ځېنو ناروغانو کې د سر درد له کبله فشار لوړیږي.

Cluster Headache

Migrainous Neuragia

پېښې یې په ځوانو وګړو کې ډېرې لیدل شوي دي.

اعراض:

1. سر درد یو اړخیز(Unilateral) شدید او تر ۳۰ دقیقو غځیږي.

2. په ورځ یا اوونۍ کې یو ځل یا څو ځلې د اوږد وخت لپاره سر درد منځته راځي، Clusterورته وايي.
3. درد د شپې په وروستیو وختونو کې ډېر بښت مومي.

نښې:

که ناروغ د درد پر مهال وکتل شي، نو د Congestion of Conjunctvae به ولیدای شي.

پلټنې:

نورمال او څه ستونزه به نه تر سترګو کېږي.

:Systmemic Hypertension

کوم ځرګند عرض نه ورکوي، خو په ځینو ناروغانو کې د شدید فشار لوړوالي څخه د سر په Oscipital ناحیه کې د سهال له مخې تر ساعتونو پورې د سر درد دوام کوي.

:Cranial Arthritis

دې ته Temportal Art یا Giant Cell Arthriti هم وايي، په زړو وګړو کې د کاروتید شریان څانګې اخته کوي، چې افت د Polymyalgia Rheumatica سره یو ځای پرمختګ کوي.

اعراض:

1. ناروغان د سر په Temportal ناحیه کې شدید درد لري.
2. دمخ درد Faicial Painله خوراک سره.
3. له سر درد سره یو ځای کېدای شي، چې ناروغان د یو اړخ لید له لاسه ورکړي.

4. تبه هم شونې ده.

نښې:

1. ناروغ به خاثف وي.
2. د Temporal د برخې شیریانونه به د جس سره سخت او حساس وي.
3. هغه ناروغان چې دروئیت تشوشات لری optic disc به خاثف وی.

پلټنې:

1. په ناروغ کې به Normochromic,Narmocytic کمخوني منځته راغلی وي.
2. ESR به ډېر لوړ وي.
3. د Temporal شریان Biopsy به وروستی تشخیص غوره کړي.
4. له Striod سره فوري اثر ښودل هم تشخیص غوره کولای شي.

Hyperecapnia:

$PaCo_2$ به د تنفسي عدم کفایې له کبله منځته راشي.
د تنفسي عدم کفایې له کبله به د کوپړې دننه رګونه پراخ شوي او سر درد له کبله به $PaCo_2$ ډېر اوچت شي.

Traction on Intrcranial Structures:

کله چې په کوپړۍ کې د پرتو جوړښتونو تر منځ افت پېښ شي، درد منځته راوړي لکه Abscess,Tumor, Subdural Hematoma همدارانګه د ICP د لوړېدو یا پرته له ICP لوړیدو څخه د سر درد منځته راوړي.

اعراض:

1. درد د چیغو، تیتدلو او ټوخي سره ډېرښت مومي.

2. درد د سهار له مخې ډېر او ځملاستو سره کمښت مومي.
3. د کوپړۍ په وروستۍ برخه کې افتونه د Occipital ناحیه کې د سر درد رامنځته کولو سبب ګرزي.
4. د ICP (Intera Cranial Pressure) د لوړوالي له کبله ناروغ کې کانګې، ګنګسیت، د هوش خرابوالی او میرګي منځته راوړي.
5. ناروغ د ټول بدن کمزوري او ستړیا هم لري.

نښې:

1. د نبض کچه ورو کېږي.
2. Focal Neurological Singn به هم وي.
3. په فنډسکوپي کې (Papilledema) ولیدای شي.

پلټنې:

MRI, CT Scan او Angiogaphy تشخیص وروستي برید ته رسولی شي.

د فنډسکوپي په وسیله د Papilledema کلینیک:

Features of Papilledema on Fundoscopy

a. Bluring of Disc Margin
b. Loss of Pulsations of Retinal Vein
c. Engorged Rential Vein
d. Obliteration of Physiological Cup
e. Red Swallen Disc Hemorrhages

د Papilledema لاملونه:

1) Intracranial Space Occupying Lesion(Tumor, Abscess Hematoma
2) Sub Arachnoid Hemorrhage

3) Meningitis Encephalitis
4) Malignant Hypertension
5) Benign Intracranial Hypertension
6) Hyper Capnia
7) Retinal Vein Thrombosis

:*Meningeal Irritation*

1) د سحایا دا ډول تخریش د سر درد په ملتیا د Meningitis(سحایا التهاب)، Meningo–Encephalitisاو Sub Arachnoid Hemorrhageسبب گرزي.

2) د سحایا د تخریش ټولې نښې څرګندې دي.

3) د CSFکتنه به وکولای شي، تشخیص وروستي برید ته ورسوي.

:*Cranial Neuralgias*

د کوپړۍ دا ډول افت د سر د شدید دردونه ټولیزه جوړوي.

:*Trigeminal Neuralgias*

1) د درد ځانګړنې به د څو ثانیو په اوږدو کې چاړه وهونکي، شدید او بریښنایي جټکې ته ورته بڼه لري.

2) درد تر اوونیو په ورځ کې یو ځل ښایي رامنځته شي.

3) درد هر وخت لپاره یو اړخیز وي.

4) درد به Maxillaryاو Mandibularعصبي څانګو په شاوخوا کې ډېر غښتلی وي.

5) درد د مخ په ځانګړې ساحه کې لکه (Trigger Zone)کې د تماس، راکش کارل، ږیره خریل، ژولو سره ډېرېږي، دغه Trigger Zone د Meningeal Irritation لپاره ځانګړې برخې دي.

6) د عمر په وروستیو برخو کې افت ډېر وي.

:Glossopharyngeal Neuralgias

د بلعوم او غوږ په ژوره برخو کې سیخ وهونکي دردونه د شخوند وهلو او تېرولو پر مهال حس کېږي.

Tension Headache

1) د سر درد یو عام ډول دی.
2) درد یې نیوونکی او فشار راوړونکی دی.
3) درد ناحیي ببلې وي، څو ډېر وخت د سر دواړه خواوې اخته کوي.
4) د ورځې په وروستۍ برخه کې د درد شدت ډېرښت مومي.
5) له ساده درد ضد Analgesic سره یو ځواب نه وايي.
6) د Anxiolytics او Anti Deperessants سره یو ځواب نه وايي.

د Trigeminal Neuralgias لاملونه:

Idiopathic.1

تر ټولو عام ډول دی، چې په زړو وګړو کې له فزیکي نښو څخه پرته منځته راځي.

Multpile Sclerosis.2

که Trigeminal Neuralgias په ځوانو وګړو کې رامنځته شوه، نو Multiple Sclerosis به یې هم ملتیا وکړي.

Post – Herpetic.3

درد د سترګې عصب (5th Nerve) شاوخوا موجود وي، دلته به ناروغ

د Herpetic Eruption تاریخچـه ولـري، ښـايي، چـې د وچـولي (Fore Head) له پاسه د Scar نښه شتون ولري.

:Nerve Compression

که ناروغ له Trigeminal Neuralgias سره يو ځـای حرکـي او حسـي تخريب ولـري، ناروغـان بـه د عصـب د فشـار راتلـو او دهغـه اړونـده پېښـېدونکي ستونزې ولري.

:Benign Intracranial Hypertension

دې ډول افت ته د دمـاغو کـاذب تومـور Pseudotumor هم وايـي، پـه مـذيو ځوانو ښځو کې يې پېښې ډېرې وي.
ناروغ به سر درد لري، خو Papilledema په پلټنو کې بـه ثرګند څـه نـه ليـدل کېږي، يوازې د CT Scan په معاينه کې بـه د کـوپړۍ بطينـات (Ventricles) کوچنی شوی مالومېږي.

***

دپرشم څپرکی

اختلاج (جټکې)

Convulsions

غیر نورمال، غیر ارادي او نه غوښتونکي خوځښتونه یا د دماغي نیورونو خپلسري او نه غوښتونکي خوځښتونه ته اختلاج وایي.

لاملونه:

1) Idiopatathic Epilepsy
2) Head Injury(Brith Trauma Accident)
3) Tumors
4) (Arteriovenous Malformations,Cerebrovascular Accident)Vascular Lesions
5) Hypoglycemia
6) Hyponatremia
7) Renal,Hepat,Respiatory Failure
8) Tetanus
9) (Fibrile Fits in Children,Brain Abscess,Cereberal Malaria,Meningoencephalitis)Infection

د اختلاج ویشنه (Classification of Convulsions)

Partial or Focal Seizure.1

Simple Partial Seizure.a
Complex Partial Seizure.b

Generalized Partial Seizure.2

Primary Seizure.a
Secondary Seizure.b

Partial or Focal Seizure.1

یوازې د بدن یوه برخه اخته کوي، په دوه ډوله دی:

Simple Partial Seizure.a

په دې اختلاج کې شعور له منځه نه ځي، یوازې د بدن په یوه برخه کې د عضلاتو راټولېدنه Contraction منځته راځي، د بېلګې په ډول په لاسونو یا مخ کې چې له مخ (Face) څخه د بدن نورو برخو ته هم خپرېدای شي، دا حالت د Jacksonian March نوم لري.
خو ځینې وختونه یوازې د (Hallucination) پېښې لیدل شوي دي.

Complex Partial Seizure.b

په دې اختلاج کې د شعور ضیاع د شعور له منځه تلل شته وي.

Generalized Partial Seizure.2

دا ډول ټولیز اختلاج کولای شي، ټول بدن اخته کړي، لاندې ډولونه لري:

Primary Seizure.a

د اختلاج له پیل سره ټول بدن اخته کوي.

Secondary Seizure.b

دا ډول اختلاج لومړی ځايي Focal بیا ټول بدن ته خپرېږي، که لاندې کلینیکي بڼه په ناروغ کې رامنځته شوه، ښايي، چې اختلاج دویمې

عمومي Secondary Seizure خوا ته سر ورپورته کړي.

Aura.1

دا مهال ناروغانو کې نه خوښیدونکی بوی، د یو شي سم نه لیدل یاني Macropsia یا Visual Hallucination,Micropsia او ناخاپي احساساتي شدید حالت منځته راځي، چې ناروغ به د حملې له راتلو څخه دمخه پوهېږي، چې حمله منځته راځي.

Focal Features:

د اختلاج له منځه راتلو سره سم به ناروغانو کې د اطرافو میږي کېدل منځته راشي. ښایي په وروستیو کې د اطرافو شلتوب هم منځته راشي، چې يې بولي. تر ټولو ډېره اړینه دا ده، چې د لومړني اختلاج (Primary Generalized) او دویمي عمومي اختلاجي Generalized Secondary تر منځ توپیر وشي، هغه په دې ډول چې لومړنی اختلاج Idiopathic وي او دویمي عمومي اختلاج په دماغو کې د ځايي افتونو Focal Brain Lession له کبله منځته راځي، له دې امله اړتیا ده، چې د نورو پلټنو لپاره ناروغ ته CT Scan او MRI توصیه کړي.

Epilepsy

د میرګي ویشنه Classification of Epilepsy

د میرګي ویشنه په لاندې ډولونو ده:

:Generalized Epilepsy

Tonic-Clonic Seinzure (Grand Mal Epilepsy).a
Tonic Seinzures.b

Absence Seinzure (Petil Mal Epilepsy).c

Focal or Partial Epilepsy).2

Temporal Lobe Epilepsy (Psychomotor Epilepsy).a
Jacksonian Epilepsy.b

Generalized Epilepsy.1

Tonic-Clonic Seinzure (Grand Mal Epilepsy).a

ددې ډول میرګي پېښې په ځوانو وګړو کې ډېرې پېښېږي.

اعراض:

په اعراضو کې ښايي، چې ناروغ لومړی او دويمي ډول د میرګي ولري، چې لاندې مرحلې لري:

Prodromal Phase.1

ناروغ داسې انګيري، چې د میرګي حمله پرې راځي.
ښايي، چې حمله له ساعتونو تر ورځو پورې ناروغانو کې دوام وکړي.

Tonic Phase.2

دلته په ناڅاپي ډول شعور له منځه ځي، ناروغ لوېږي، د بدن ځينې برخې يې ټيټې کېږي، د Tonic مرحله کې دا ډېره اړينه ده، چې وواېو، ټول عضلات په تېره تنفسي عضلات چې له کبله يې ناروغ تر **20 -30 Sec** پورې په Cyanosis اخته کېږي.

Clonic Phase.3

د ټول بدن جټکه خوځښتونه دي، چې يو تر څو دقيقو دوام کوي، ناروغان به خپله ژبه چيچي او د غايطه او ادرار د لارو بې واکه کېدل هم شوني دي.

Relaxation Phase.4

ناروغ د دمې مرحلې ته ځي او ویده کېږي، له یوې دقیقې تر څو ساعتو دوام کوي.

نښې:

د حملو تر منځ به د ناروغ فزیکي نښې او عمومي وضعیت نورمال وي.

پلټنې:

1) ښه معاینه EEG ده.

Tonic Seinzures:

د میرګي د غیر معمول ډول دی، چې په ناڅاپي ډول ناروغ کې د اطرافو شخوالی، د سر، غاړې او سترګو کوږوالی منځته راځي، په تعقیب یې په ناروغ کې Clonic Phase منځته راځي.

:Absence Seinzure (Petitmal Epilepsy)

اعراض:

1) په ۲ـ۱۴ کلنو ماشومانو کې منځته راځي.
2) نه جس کېدونکي اختلاج به منځته راځي، پېښه له اعراضو پرته وي، ځېنې وختونه په ماشومانو حمله تېره شي، خو حس کېږي نه.
3) د میرګي دا ډول حملې څو څو ځلې یاني په ورځ کې په سلګونو ځله انسان اخته کولای شي.
4) ځېنې وختونه ښایي، چې په لویانو کې Generalized Seizure پرمختګ وکړي.

نښې:

کومه ځانګړې نښه نه تر سترګو کېږي.

پلټنې:

EEGيي يوه pathognomonic معاينه ده.

Focal or Partial Epilepsy

اعراض

1) Hallucinationد بوی بدلون او نور ډول هزينات ليدل کېږي.
2) د Dej Vu Phenomenon به شتون ولري، ياني ناروغ به خپل چاپېر نه پېژني.
3) ناروغ شعور له لاسه ورکوي او ښايي، چې خوب يې ونيسي.
4) Automatism ښه بېلګه ده، ياني ناروغ به شونډو رودلو، لاړو تيرولو، ډربوری ته ورته خوځښتونه او نور ولري، د اختلاج په ختم سره نورمال وضعيت اختيار بېږي.

نښې:

بشپړ تشخيص EEGپه وسيله تر سره کولای شو.

:Jacksonian Epilepsy

ځايي حرکي Seizure منځته راوړي، د مخ او يا لاسونو په يوه برخه کې جټکه وهونکي خوځښتونه منځته راځي، حرکت لومړی په يوه برخه کې پيل، بيا نورو برخو ته لېږد بږي، ځېنې وختونه ښايي، چې په افت ککړه شوې برخه شليږي، چې دې حالت ته Told,s Paralysis وايي.
څو ساعته دوام کوي، ښايي، چې لاندې افتونه يې د لامل په جوړولو کې برخه واخلي.

:Primary Epilepsy

دې ډول میرګي ته Idiosyncratic وايي، څو په دماغو کې کوم څرګند افت موجود نه وي.

:Symptomatic Epilepsy

ښايي دا ډول میرګي د دماغي افت له کبله لکه Brain Absce منځته راشي.

:Status Epilepsy

د میرګي دا ډول بېړنۍ درملنې ته اړتیا لري، چې د دوه حملو تر منځ ناروغ د هوش حالت نشي اختیارولای.

يادونې:

1) Idiopatic ډوله میرګي په Childhood مرحله کې منځته راځي.
2) میرګي د لومړي ځل لپاره په لویانو کې د ځینو دماغي افتونو لکه: Tumors، Malformations، Arteriovenous ترضیض له کبله پېښېږي.
3) Cerebrovascular ناروغي په زړو وګړو کې د جټکو د منځته راتلو اصلي لامل جوړوي.
4) د میرګیو د میتابولیکیو ګډوډیو د څرګندولو لپاره د ناروغ د وینې ګلوکوز، یوریا، سیروم کریاټنین او الکترولیټ کچه وټاکي.
5) د انتاناتو، تیتانوس، پښتورګو، ځیګر او تنفسي عدم کفایې لپاره اړوند کلینیکي پلټنې له یاده ونه ایستل شي.

د میرګي اړوند پلټنې:

1) EEG
2) ST Scan، د دماغو MRI
3) Cerebral angiography

د میرګیو د پلټنو استطباطات:

1) EEG ټولو ناروغانو ته توصیه کولای شو.

نوري پلټنې باید په لاندې حالتونو کې تر سره شي:

1. د Childhood له تیرېدو وروسته د میرګي منځته راتلل.
2. موضعي یا عمومي میرګي.
3. د پرله پسې سر درد او کانګو تاریخچه.
4. Focal Neurological Defifit
5. Papilledema

Syncope:

دماغو ته د وینې د کمښت له کبله به ګذري ډول د شعور له منځه تللو ته Syncope وايي، چې له امله یې ناروغ لوېږي. ښايي چې ډېر میکانیزمونه د افت منځته راتلو سبب شي، خو Vagal Activity او Brady Cardia ډېر د Syncope سبب ګرزي.

ناروغ د حملې له منځه راتلو سره ولاړ یا هم د ناستې په حالت کې وي.

د حملې راتلو دمخه ښايي، په ناروغ کې زړه بدوالی، ګنګوسیت، په سترګو تیاره، خولې کېدنه د لیدو خرابوالی حس شي.

ناروغ لوېدو سره سم خپل هوش له لاسه ورکړي.

ناروغ له لوېدو وروسته کابو ۱یو مینټ وروسته په هوش راځي.

په Syncope کې غیر ارادي خوځښتونه، د ژبې چیچل، د غایطه او ادرار د معصرو له منځه تلل موجود نه وي.

لاملونه:

1. Vasovaagal (د اوږد مهاله ودرېدلو څخه وروسته وېره او درد)
2. Postural

3. Cough
4. Exertional
5. Arrhythmias
6. Carotid Sinus Syncope

يو دېرشم څپرکی

لړزه

Tremors

د بدن دمحيطي برخو غير ارادي او غير منظمو خوځښتونو ته لړزه وايي، د ښېلګې په توګه په لاسونو، سر يا د ژبې په برخه کې د خوځښتونو منځته راتلل.

Causes:

1. Tremors at Rest (Parkinosism).
2. Action Tremors.
a) Anxiety.
b) Thyrotoxicosis.
c) Essential Familial Tremors.
d) Semile Tremors.
e) Flapping Tremors.
3. Intention Tremors: Cerebellar Disease.

Tremors at Rest.1

دا ډول لړزه (Tremors)هغه مهال منځته راځي، چې ناروغ هېڅ ډول عمل نه تر سره کوي.

:*Parkinosism*

دا ناروغي ښايي، چې Idiopatic، Encephalitisيا هم د Atherosclerosis له کبله منځته راځي، دا را ښايي، چې يو لامل يې Wilson's Diseaseهم جوړ کړي، Idiopatic Parkinosism متصف دی، په Tremors لړزه،

شخوالی (Regidity) او Hypokinesia باندې ښايي، يو له دې څخه په ناروغانو کې ډېر غښتلي وي.

د Parkinsonism کلينيک:

1. لړزه (Tremors)
2. شخوالی په افت اخته شوې برخه به شخوالی لري، ښايي، چې د شخوالي ځانګړنې له Lead Pipe Regidityاو يا همLog Wheel Regidity څخه عبارت دی.
3. Hypokinesia: په دې مانا چې په افت اخته شوې برخې عضلات به د نورمال عضلاتو په پرتله د خوځښت کمزورتيا ولري.
4. Monotonous Speech
5. Mask- Like Face
6. Positive Glabellar Tap په نورمال حالتونو کې چې کله د تندي Glabellaله پاسه Tapد ګوتې په وسيله تر سره کوو، د څو ثانيو لپاره سترګې پټيږي او خلاصيږي (زمبل)بيا ودريږي، خو د Parkinosismپه ناروغانو کې په پرله پسې ډول سره ناروغ سترګې پټې او خلاصې کوي، که بيا ضربه ورکړل شي، بيا هم خلاصيږي او بنديږي.
7. Shuffing Gaitناروغ به خپل مټ په ځان پورې نورمال نه شي راکاږلی.
8. Micrographia :ياني ناروغ به کوچنی، کوچنی ليکل کوي.
9. ځواک او ذهني دندې تر ډېره بريده نورمال وي.
10. د لاس د خوځښت بڼه به Pill Rollingوي، ياني له ګوتو لړزه پيل او لاس خواته پورته حرکت کوي.
11. په نورمال خوځښتونو کې کمښت او د خوب نه شتون.

Action Tremors:

دا ډول لړزه Tremors هغه مهال ډېرښت مومي، چې وګړي وغواړي، یو عمل تر سره کړي.

:Anxiety

لړزه به د اضطراب (وېرې) پر مهال ډېرېږي، ورغوی به لامده او یخ وي.

:Thyrotoxicosis

1. لړزه به شته وي.
2. ورغوي به لامده او یخ وي.

:Essential Familial Tremors

1. Coarseلړزه به موجوده وي.
2. په Child Hoodمرحله کې پیل او اعراض یې په وروستي عمر کې ډېرښت مومي.
3. دا ډول لړزه د خوځښت پر مهال ډېرېږي، خو له دمې سره یو ځای هم له منځه نه ځي.
4. د الکولو له څښلو څخه وروسته لړزه له منځه ځي.

:Semile Tremors

دا ډول لړزه Coarseوي، چې په زړښت کې منځته راځي.

1. د Parkinosismنورې نښې شتون نلري.

:Flapping Tremors

1. ناروغ نه شي کولای، چې خپل لاس د Extension په خپل حالت کې وساتي، چې له امله یې په مړوند کې پرله پسې خوځښتونه وار تر بله

ډېرېږي.

2. دا ډول لـړزه د تنفسـي، پښـتورګو، ځيګـر او زړه پـه عـدم کفايـه اختـه ناروغانو کې هم منځته راتلی شي.

:Intention Tremors

1. د دمې پر مهال لړزه لهمنځه ځي.
2. د کار پيل سره سم شروع او د کـار د تـر سره کولـو سره ډېرېږي، تـر هغـه موجود وي، څو چې کار سرته نه وي رسېدلی.
3. دا ډول لړزه په Cerebellar ناروغيو کې هم منځته راځي.

Cerebellar Sign:

1. Intention Tremors.
2. Dysarthric (Scanning Speech).
3. Nystagmus.
4. Incoordination (Past Pointing).
5. Dysdiadochokinesis.
6. Rebound Phenomenon.
7. Gypotonia.
8. Pendular Knee Jerk.
9. Ataxia.

***

دوه ویشتم څپرکی

د لاسونو او د کوچنیو عضلاتو کمزورتیا

Wasting of Small Muscle of Hand

Causes:

1. Cervical Spondylosis.
2. Cervical Rib.
3. Motor Neuron Disease.
4. Poly neuropaty.
5. Ulcer Nerve Paralysis.
6. Carpal Tunnel Syndrome.
7. Syringomyelia.
8. Spinal Cord Tumors.

Cervical Spondylosis.1

دا ناروغي د Cervical فقراتو د Disc د استحالوي حالت ښودنه کوي، کله چې د فقري Disc تخریب شي، نو په Spinal Cord او یا د عصابو په ریښو فشار راځي او له کبله یې اړوندې ستونزې لکه دردونه او نور منځته راځي، دا پېښې په منځني(Middle) عمره وګړو کې ډېرې رامنځته کېږي.

اعراض:

1. په غاړه کې د درد شتون، چې له خوځښت سره سم اوږې او مټ ته لېږدېږي.
2. د لاسونو او ښکتنیو اطرافو کمزوري به موجوده وي.

نښې:

1. د غاړې خوځښتونه به دردناک وي.
2. د لاسونو د کوچنيو عضلاتو کمزوري به موجوده وي.
3. د Cervical فقراتو ښکتنۍ او د نخاعي صدري پورتنۍ ريښې هم خپل حسيت له لاسه ورکوي.
4. به ښکتنۍ اطرافو کې به تودوخې او درد کچه يو څه زيانمنه شوې وي.
5. په پورتني اندام کې به غبرګونونه کمزوري شوی نه وي.
6. د (UMN)نښې ښايي، چې ولیدای شي.

پلټنې:

1. په ایکسری کې به د غاړې فقراتو تر منځ Discبرخه کې واټن (Space)موجود وي، او همدارنګه Ostephyteجوړښتونه به هم وي.
2. تر ټولو غوره او ښه تشخیص د MRIپوسیله کولای شو.

Cervical Rib.2:

دا یوه عامه ستونزه ده، چې په ډېرو ځایونو کې کومې ځانګړې نښې نه ورکوي، خو هغه مهال يې نښې سر را پورته کوي، چې Sub Cervical شيريان او ښکتنی Brachialتر فشار لاندې راشي، دې ډول ستونزې ته Thoracic Outlet Syndromeهم وايي.
یاده دې وي، چې ورته نښې هغه مهال هم د لیدو وړ وي، چې کله Scalene Anticusعضلات د یاد شيريانو او عصاب تر فشار لاندې راولي.

اعراض:

1. خپلسري دردونه په مټ کې را منځته کېږي.
2. ناروغ ښايي، چې د لاس کمزوري کېدو اعراض ولري.

3. ناروغ ښايي، چې يو اړخيز Raynaud's Phenomenon ولري.

نښې:

1. د لاسونو کوچني عضلات په کمزورتیا اخته کېږي.
2. C8 – TI فقراتو برخه کې د جس له منځه تلل.
3. Radial Pulse به په کتنه کې کمزوري جس شي.

پلټنې:

1. X-Ray به زیانمنه پښتۍ ښه را په ګوته کړي.
2. د عصب غځېدنې مطالعه او Doppler به تشخیص وروستی کړي.

Motor Neuron Disease.3

Polyneuropaty.4

Unilateral Nerve Palsy.5

کله چې د ځنګلې برخه په ترضیض اخته شي، ښایي چې Ulnar Nerve زیانمن شي.

اعراض:

1. ناروغ ښایي، په لاس کې د بې حسیت او Tingling احساس وکړي.
2. ناروغ به لاس له کمزورتیا سره هم مخ وي.

نښې:

کله چې په بشپړ ډول سره Ulnar عصب ټپي شي، وګړي پر Clow Hand Deformity اخته کېږي، چې له کبله یې د لاس کوچني عضلات لکه: Hypothenar Eminece، د ګوتو خلاصول او راټولول، د ګوتو بندونه او نورې برخې له کمزورۍ سره مخ کېږي.

خو د لاس په څلورمه (4th) او پينځمه(5th) ګوته کې به نښې د راټولولو پر مهال غښتلې وي، همدارنګه په کوچنۍ او Ringګوته او ورغوي کې به حسيت له منځه تللی وي.

پلټنې:

د عصب غځېدنه به په بېلا بېلو تعصب شوو برخو کې خپله دنده په سمه توګه پرمخ نشي بيولای.

:Carpal Tunnel Syndrome.6

دلته به Median عصب د مړوند بند په هغه برخه کې تر فشار لاندې راغلی وي، کوم چې له شا څخه يې Flexor Retinaculum تيرېږي.

Causes:

1. Localized Tenosynovitis.
2. Rheumatoid Arthriti.
3. Pregnancy.
4. Oral Contraceptive.
5. Acromegaly.
6. Myxedema.
7. Amyloidosis.

اعراض:

1. تر ټولو څرګند اعراض يې Thumb، Index او منځنۍ ګوتې خپلسري بې حسه کېدل دي.

نښې:

1. د لاس د Thenar Eminance عضلاتو کمزوري او د Thumb finger او Ring د برخې بې حسيت.

2. دمنځنۍ ګوتې درد او بې حسي به د قرع پر مهال ډېربښت مومي.

پلټنې:

د عصب د غځېدنې ټولیز مطالعات باید د Median عصب په تعصیب شوو برخو کې ولیدای شي.

:Syringomyelia.7

دا اوږدمهاله غځېدونکې پېښه ده، چې د Canal Spinal ، پراخه کېدل یې اصلي ځانګړنه ده، یانې Cervical Spinal Canal یې اصلي برخه ده.

اعراض:

د لاس د پورتنیو برخو کمزوري، بې حسیت او Tingling(میږي، مېږي کېدل)یې تر ټولو ښه اعراض جوړوي.

نښې:

1. د غبرګون نه شتون او کمزوري ښايي، چې په لاس، د غاړې عضلاتو او د اوږې په عضلاتو کې رامنځته شي.
2. UMN نښې به ښکتني اندام کې موجود وي.

پلټنې:

1. د Myelogram د ازموینو په مټ به وکولای شو، چې د Spinal Cordاصلي کچې یو څه ډېرښت موندلی.
2. په ټولیزه توګه به CT Scanد ناروغۍ اصلي برخه را په ګوته کړي.
3. تر ټولو غوره او پر ځای ازموینه چې مونږ ټولیز تشخیص ته رسوي MRI(Magnetic Resonance Image)ده.

Causes of dissociated Anesthesia:

1. Syrinqomelyia.
2. Syrinqobulbia(Dilatation of Central of the Brain)
3. Tumor Cervical Spinal Canal Cord.

Spinal Cord Tumors.8:

1. د TI حرکي ريښې به دلاس د کوچنیو عضلاتو د کمزوري کېدو سبب شي.
2. نوري ريښې لکهPyramidalنښې به په ښکتني اندام کې شتون ولري.
3. MRI Spineپه څرګنده توګه د تومور ښودنه وکړي.

***

دري دېرشم څپرکی

کوما

Coma

لاملونه

د شعوري حالت له منځه تللو ته وايي، چې د کوما درجه د Glasgow Coma Scale په وسیله ټاکلی شو، همدا راز له Edinburgh Coma Scaleڅخه هم ګټه پورته کولای شو.

:Glasgow Coma Scale

Eye opening (E)	
1. Spontaneous 2. To speech 3. To pain 4. Nil	**4** **3** **2** **1**
Best motor respons(M)	
1. Obeys 2. Localized 3. Withdraws 4. Abnormal flexion 5. Extensor respons 6. Nil	**6** **5** **4** **3** **2** **1**
Verbal respons (V)	

1. Oriented 2. Confused conversation 3. Inappropriate word 4. Incomprehensive sound 5. Nil	5 4 3 2 1
Coma score=E+M+V(minmum=3; maximum=15 **In deep coma score is less than8**	

:***Meningitis***

د سحایا په التهاب کې شعور له منځه ځي، د تشخیص برخه یې سر درد او تبه جوړوي، همدارازد سحایا تخریش نښې به هم ورسره ملګرې وي.
ښه لاردا ده، چې که هر ناروغ تبه او د شعور ضایع ولري، د CSF لابراتواري کتنه دې ورته ترسره شي.

: ***Encephalitis***

د دماغو التهاب ته وایي، ډېر لاملونه لري، خو ډېر پېښېدونکی لامل یې وایروس دی.

اعراض:

1. په ناڅاپي ډول سر خوږ او تبه لومړني اعراض دي.
2. میرګي ډول به دواړه یاني ځايي(Focal)او ټولیز (Generalized)وي.
3. د ناروغ شعور به ټکنی وي.
4. ناروغ به نارامه وي او هزینات به وایي.

اعراض:

1. د شعور کچه له ژور کوما سره پېژندل کېږي.
2. Focal Neurological نښې به ولیدای شي.
3. Papilledema به شتون ولري.

پلټنې:

1. په CSF مایع کې به پروټېین یو څه لوړ شوی وي، لمفوسایټ به هم لري، خو ګلوکوز به نورمال وي.
2. د CSF مایع به د Herpes Simplex وایروس په وړاندې انټي باډي مثبت وښيي.
3. ښه تشخیص کوونکې لار یې د MRI او ST Scan ازموینې دي.

:Cerebral Malaria

له تبې سره یو ځای د شعور له منځه تلل یې عام اعراض دي، خو د سحایا په التهاب کې د تخریش نښې نه تر سترګو کېږي، د ملاریا پرازیټ موندلو لپاره وینه لابراتوار ته واستوي.

:Cerebrovascular Accident

د کوپړۍ په دننه کې د ډېرې وینې بهېدنې او Infarction ښه کلینیکي ښه د شعور له منځه دی په فزیکي کتنه کې به نیم شلتوب Hemiplegia هم تر سترګو شي.

:Space Occupying Lesions

د کوپړۍ د ننني فشار د لوړېدو له کبله Transillar Hemaration، د Brain Stem فشار لاندې راتلل، Transtentorial هیماتومونه جوړېدای شي، چې ددې ډول افتونو ته ( ) وایي.

:Post Epileptic Fit

د میرګي حملو کې طد شعور له منځه تلل ډېر نه غځېږي، خو په ځېنو وختونو کې یو څه دوام کوي، د میرګي تېره شوې تاریخچه په تشخیص کې مرسته کوي.

:Status Epilepticus

د شعور له منځه تلل هم په Status Epilepticus کې ښه کلینیکي نښه ده.

Head Injury :

د تاریخچې له مخې تشخیص ټاکل کېږي.

: Diabetic Coma

شکر ناروغان د بېلا بېلو دلایلو له کبله کوما ته مساعد دي، دا ډېره اړینه ده، چې شعور له منځه تللې او کنه؟ ناروغ ولیدای شي، تر څو د شکر له لاسه خو کوما ته نه دی تللی؟

:Hypoglycemia

دماغ د خپلو نورمالو دندو د پر مخ بیولو لپاره ګلوکوز ته ډېره اړتیا لري، خو که دماغ ته ګلوکوز ونه رسېدل، مرکزي عصبي سیستم خپلې نورمالې دندې پر مخ نشي بیولی، ګلوکوز هغه مهال کمېږي، چې ادرینالین ډېر افراز شي، شونې ده، چې ناروغ شکر هم ولري.

لاملونه:

1. Insulin\Oral Hypoglycemic Overdose pf Missed Meal.
2. Sever Liver Disease.
3. Alcoholism.
4. Reactive Hypoglcemia.

5. Insulinoma.

اعراض:

1. د ستړیا، لوږې، خولې کېدو، زړه ټکان، لړزې احساس، سر خوږ، سرګزیدل او یو شی دوه لیدل(Diplopia)
2. ګنګسیت، د سلوکو خرابوالی، اختلاج او کوما.

نښې:

1. ناروغ به خاثف وي.
2. نبض به ګړندی وي، خو Volume به یې سم وي.
3. د نبض فشار به نورمال یا لوړ وي.

پلټنې:

1. د وینې ګلوکوز به ښکته وي، ښایې تر 100g\dl وي.
2. په میتیازو کې به ګلوکوز نه وي.

:Ketoacidosis

په لومړي یا Type Diabets Mellitus ناروغانو کې یې پېښې رامنځته کېږي، د شکر لومړنۍ څرګندونه په Ketoacidosis سره کولای شو.

د انسولین کمښت او د ګلوکوز ډېرښت دواړه Diabets Ketoacidosis ته لار هواروي او دواړه Hypoglycemia جوړوي، چې په پایله کې یې Osmotic Diuresis او Dehydration سر را پورته کوي.

مساعد کوونکي فکتورونه:

1. Discontinution of Insulin.
2. Infection(Sorethsroal Pneumoma,Urinary Tract Infection)
3. Surgery.

4. Infection(Caronary,Cerebral)

اعراض:

1. د تندې د پرښت د ادرار له پرښت سره یو ځای.
2. د لیدلو د توان خرابوالی.
3. بې اشتهایي، زړه بدوالی او د ګېډې دردونه.

نښني:

1. Dehydrationښه ښکاره ده.
2. Acidonticساه اخیستل.
3. د تنفس Acidone ډوله بوی شتون.
4. د ګېډې درد او حساسوالی.

پلټنې:

1. Glycosuria
2. په ادرار کې به Ketones مثبت وي.
3. Ketonemia (په وینه کې کیتون).
4. د وینې ګلوکوز به لوړ وي.
5. Bicorbonate به ټیټ وي.
6. د سیروم سوډیم کچه به ټیټه وي.
7. سیوم پوتاشیم به لوړ یا نورمال وي.
8. Leukocytsis به هم شتون لري.

:Hyperosmolar Non Ketofic Coma

په Non Insulin Dependentشکر کې پېښېږي، مساعد کوونکي فکتورونه یې Diabetic Keto Acidosis ته ورته دی.
دا چې ولې ناروغ Ketoacidosis ته نه ځي، لامل یې څرګند نه دی.

اعراض:

1. د تندې او ادرار ډېرښت.
2. په تدریجي ډول ناروغ ګنګسیت خوا ته ځي.

نښې:

1. ناروغ به Dehydrated وي.
2. ګنګسيت او د شعور له منځه تلل.
3. غبرګونونه نورمال وي.

پلټنې:

1. Glycosure به شته وي.
2. د وينې ګلوکوز به ډېر لوړ وي، ښايي تر **(>1000mg\dl)**
3. د وينې يوريا به د Dehydration له کبله به لوړه وي.
4. سيروم سوډيم به لوړ وي.
5. PH به نورمال وي.
6. د Plasma Osmolality به لوړه وي، ښايي له ۳۵< 350sm\L وي.

:Lactic Acedosis

د شکر په هغه ناروغيو کې دا افت منځته راځي، چې Biguanides کاروي.

لاملونه:

1. Ciculatory Failure & Shock.
2. Severe Anemia.
3. Carnon Monoxide Poisoning.
4. Unrcognized Mowel Infarction.

اعراض:

د روغتيا له خرابوالي سره يو ځای شعور زيانمن‌ېږي.

نښې:

1. تنفس به Acedosis وي.

2. ناروغ به Dehydrated نه وي.

پلټنې:

1. Glycosuria به شته وي.
2. Ketones به له خفيف حالت څخه ډېر نه وي.
3. Bicorbonate به ډېر ټيټ وي(<10mmol\L)
4. PH به ډېر ټيټ نه بايي، تر (2-7>) وي.
5. د Plasma Lactate کچه به لوړه وي.

:Uremia

د پښتورګو د عدم کفايې کلينيکي نښې ګنګسيت، خوبجنتوب او کوما دي.

:Hepatic Failure

ښايي، د ځيګر د حادو ناروغيو Acute Fulminant Hepatic Failure او د ځيګر د ځنډنيو ناروغيو (Hepatic Chronic Encephalopthy) له کبله منځته راځي.

Acute Fulminant Hepatic Failure :

د دماغي بدلونونو (Aggrar essive Behavior)، نارامي، ګنګسيت، خوبجنتوب، کوما)سره يو ځای به د ځيګر)(خپلې نښې د ۸ اوونيو په اوږدو کې وښيي.

د امونيا له وجې دناسمو ( ) لړېدو له کبله افت پرمختګ مومي.

لاملونه:

1. Acute Viral Hepatitis.

2. Drugs (Overdose of Paracetamol).
3. Toxins (Carbon Tetrachlorde).
4. Reye,s Syndrome.
5. Acute Fatty Liver of pregnancy.

اعراض:

1. دتمرکز خرابوالی او وړاندوينې اعراض دي.
2. ناورغ به ناارامه او Agressive وي.
3. ګنګسيت د ژور کومې وروسته راځي.
4. اختلاج عام وي.

د خراب Acute Fulminant Hepatic Failure انزار:

1. Age Bellow 11 &Above 40.
2. Duration of Jaundice Before. Encephalopthy > 7day.
1. Small Liver Size.
2. Ascites.
3. Serum Bilirubin>18mg\dl.
4. Prothrombin Time >50sec.
5. Serum Albumin<3.5gram\dl.
6. Persistent Hypoglycemia.
7. Factor V<15%.

نښې:

1. ناروغ به ژېړی لري.
2. Factor Hepaticus.
3. Flapping Tremors.
4. ځیګر به غټ شوی وي.
5. وینې بهېدنې میلان ډېر وي.
6. تبه، فشار ټیټوالی، د تنفس ودرېدل، د پانکراس التهاب.
7. Cerebral Edema دماغي اذیما.

پلټنې:

1. له کوم انتان پرته به ناروغ Leukocytsis لري.
2. Serum Bilirubin، SGOT او SGOT کچه به لوړه وي.
3. Prothrombin Time به اوږد شوی وي.
4. د وینې علقه کېدو فکتور (V) به ډېر حساس وي.

:Chronic Hepatic Encephalopthy

کلينيکي بڼه يې په Chronic Hepatic Encephalopthyکې ښودل شوی.

مساعد کوونکي فکتورونه:

1. Infection.
2. Gastrointestinal Bleeding.
3. High Protein Diet.
4. Constipation.
5. Sedative.
6. Hypokalemia.
7. Rapid Removal of Large Quantity Ascitis.
8. Tranuma\ Surgery.

:Respiratory Failure

د تنفس ناکامي هغه حالت ته وايي، چېPaO_2له 8KPa(60mmHg) څخه کم يا PaC_2له 6.5KPa(50mmHg) څخه ډېره شي.

:Type I Respiratory Failure

PaC_2به لږ خو PaC2به نورمال يا ټيټ وي.

لاملونه:

1. Bronchial Asthma.
2. Pneumonia.
3. Pulmonary Edena.
4. Pulmonary Embolism.
5. Allergic & Fibrosing Alveolitis.

:Type II Respiratory Failure

PaO_2 به لږ او PaC_2 به لوړ شوی وي.

لاملونه:

1. Chronic Bronchitis.
2. Emphysema.
3. Respiratory Paralysis.
4. Severe Kyphoscoliosis.
5. Depression of Respiratory Center.
6. Acute Severe Bronchial Asthma.

نښې:

1. Central Cyanosis
2. Hypercania نښې به شتون.

پلټنې:

1. د وینې ګازات به غیر نورمال وي، PaO_2 به کم شوی وي.
2. Respiratory Alkalosis په لومړي ټایپ تنفسي عدم کفایه کې (PH به لوړ، PaC_2 به ټیټ او Bicorbonate) به هم ټیټ وي.

د Hypercania کلینیکي بڼه:

1. Headache.
2. Sweating.
3. Muscle Twitching.
4. Warm Extremities.
5. Bounding Pulse.
6. Flapping Tremors.
7. Coma.
8. Retinal Venous Distension.

9. Papilledema.

10. پــه دویــم ټایــپ تنفســي عــدم کفایــه کــې Respiratory Acidosis شته(PHبه ټیټ، PaC_2به لوړ او Bicorbonate) به هم لوړوي.

:Hyponatremia

کله چې ناروغ لـه بدن څخه سوډیم او اوبه دواړه یو ځای ضایع کړي، پـه Dehydrationاخته کېږي.

بل لامـل يـې Dilutional Hyponatremia دی، چې د زړه پـه احتقـاني عـدم کفایه ، Nephrotic Syndromeکې منځته راځي.

څومره چې سوډیم کمښت مـومي، هـومره ورسره اعـراض غښـتلي کېـږي، هغه مهال اعراض پیلوي، چې د سوډیم غلظت له 120mmol\Lڅخه ښکته شي.

د اعراضو لامل يې دماغي حجراتو پړسوب بلل شوی.

اعراض:

1. Myoclonic Jerk
2. Generalized Fits
3. د شعور له منځه تلل کوما.

نښې:

1. کومه ځانګړې نښه نلري.

پلټنې:

1. سوډیم د غلظت سم ټاکل ښه تشخیص غوره کوي.

:Hypernatremia

د معاینې لارو (کانګو، نس ناستې) او پوستکي (ډېرې خولې) له لارو او به ډېرې ضایع کېږي، اعراض هغه مهال منځته راځي، چې د دماغي حجراتو Dehydration منځته راشي.

اعراض:

1. ناروغ به Lethargic وي.
2. Muscle twitching به شته وي.

نښې:

ناروغ به Dehydrated وي.

پلټنې:

1. د سوډیم د غلظت تاکل یې تشخیص ښیي.

: Hyperpyrexia

که د مقعد د تودوخې درجه تر 41،C(106،F) یا له دې پورته شي، Hyperpyrexia ورته وایي.

د لمر سوځېدنې له کبله (لاملونه په لاندې ډول دي:

1. Heat Stroke.
2. Malaria.
3. Pontine Hemorrhge.
4. Thyrotoxit Crisis.
5. Malignant Hyperpyrexia.

:Heat Stroke

1. Heat Stroke یې تر ټولو عام عرض دی.

2. له لمر سره مخ کېدل یا هم پرته له لمر څخه د تودوخې لوړوالی.
3. مساعد کوونکي فکتورونه یې Dehydration، نا مناسب لامبل او درانه کارونه دي.
4. ځنډنیو ناروغیو سره یو ځای په زړو وګړو کې ډېر پېښېږي.
5. په ناروغ کې سر خوږ، ګنګسیت او نا ارامي تر سترګو کېږي.
6. میرګي ډوله حملې په ماشومانو کې.
7. پوستکي به ګرم او وچ وي.
8. نبض او تنفس به ګړندی وي.
9. د وینې فشار به ټیټ وي.

:Septicemia

1. د ټول بدن وینه کې د بکتریا شتون ته Septicemia وایي.
2. د انتان ځانګړې سرچینه پوستکی، صفرا کڅوړه، تنفسي لارو او بولي لارې جوړوي.
3. عام ارګانیزم یې ګرام منفي بسیل وي.
4. لوړه درجه تبه.
5. ناروغ ښایي، Septic Shock ته هم لاړ شي.
6. (پښتورګو، ځیګر، زړه، سږو او دماغو)عدم کفایه.

: Acute Poisoning

په ځوانانو کې ډېره عامه پېښېدونکې ستونزه ده، تشخیص یې د تاریخچې پر مټ ښه کولای شو.

عام پېژندونکي تسممونه:

1. Corrosives.
2. Pesticides.
3. Morphine & Its Derivatives.
4. Benzodiaze Pines.
5. Barbiturates.
6. Salicylates, Paracetamol & Dextropropoxyphene.

اعراض:

تسمم ډول پېژندلو لپاره ناروغ یا د هغوی له خپلوانو څخه تاریخچه واخلي.
بېلابېل ډوله اعراض او نښې د مختلفو تسممونو وروسته پېښېږي.

پلټنې:

په وینه، معدې افرازاتو او ادرارکې د تسمم ډول او لامل د لابراتوار پر مټ موندی شو.

:Psychiatric Coma

(Catatonia ,Hysteria)

په Psychiatric کوما کې د ناروغ سترګې کلکې بندې وي او له خلاصولو سره مقاومت ښیي.
د ډېرو پلټنو او موندلو لپاره د Psychiatrist نظر واخیستل شي.

د تسمم کلینیکي بڼه:

د مورفین او Alkaloidsله کبله تسمم:

کانګې.

د شعور له منځه تلل.

Pin-Point Pupil

د *Pesticides* له کبله تسمم:

1. Cold Sweating.
2. Excessive Salivation.
3. Nausea Vomiting Diarrhea.
4. Excessive Respiratory Secretion.
5. Twitching Convulsions.
6. Bradycardia.
7. Pulmonary Sdemia.
8. Bronchospasm.
9. Constricted Pupils.

د *Benzodiazepine* له کبله تسمم:

1. Ataxia.
2. Drowsiness & Coma.
3. Depressed Respiration.

د *Tricyclic Anti Depressant* له کبله تسمم:

1. Cardiac Arrhythmias.
2. Widely Dilated Pupils.
3. UMN Signs.
4. Retension pf Urine.
5. Absent Bowel Sound.

د *Barbiturates* له کبله تسمم:

1. Drowsiness & Coma.
2. Hypothermia & Hypotension.
3. Depressed Respiration.
4. Bollous Skin Lesions.

د ***Salicylate*** تسمم:

1. Sweating.
2. Tinitis.
3. Deafness.
4. Hypoventilation.

❋❋❋

ځلور دېرشم څپرکی

د سحایا التهاب

Meningitis

د سحایا التهاب ته وایي په دې التهاب کې درې اړین لاملونه شتون لري.

1. Bacterial.
2. Tuberculous
3. Viral Infection.

اعراض:

- ناروغ به تبه، سردرد او کانګې لري.
- ښایي، چې ناروغ هوش له لاسه ورکړي، (Unconcious)، چې لامل یې د کوپړۍ د ننني فشار لوړوالی دی؛ خو په وایروسي سحایاالتهاب کې به ناروغ په کمه کچه خوبجن ډوله وي.
- ښایي چې په ناروغ کې میرګي هم رامنځته شي(چې میرګي په وایروسي انتاناتو کې نه لېدل کېږي).
- په بکتریایي او وایروسي انتاناتو کې پېښه ګړندی وي؛ خو په توبرکلوزیک حالت کې پېښه، Gradual وي.

نښې:

په ناروغانو کې به د سحایا د تخریش نښې شته وي.

د Fundoscopy په مرسته به Papilledema ولیدای شي.

په بکتریایي او توبرکلوزیک سحیاالتهاب کې قحفي ازواج Cronial

Nerve زیانمن شوي وي.

Sign of Meningeal Irritation:

- Neck Rigidity.
- Kernig's Sign.
- Brudzinski's Sign.

پلټنې:

د سحایاد التهاب او د هغه د لامل د موندلو لپاره تر ټولو ښه معاینه د CSF ده، چې د Lumber puncture په وسیله تاکل کېږي.

په بکتریایي سحایاالتهاب کې به Leukocytosis او په توبرکلوزیک سحایا التهاب کې به د وینې ESR لوړ وي.

د سینې په X-Ray کې به Consolidation موجو وي (واړو ډولونو کې).

Differential Diagnosis of Meningitis

Causes of Low CSF Glucose
When Blood Glucose is Normal
1. pyogenic Meningitis. 2. Tuberculous Meningitis. 3. Subarachnoid Hemorrhage. 4. Meningeal carcin
Causes of High CSF PROTEIN 1. Pyogenic Meningitis 2. Tuberachnoid Hemorrhge. 3.Subarachnid Hemorrhage. 4.Guilian Barrse Syndrom. 5.Transverse Myelitis. 6.Acoustic Neuroma. 7.Spinal Block 8.Meningeal Carcinomatose.

***

پنځه دېرشم څپرکی

نیم شلتوب

Hemiplegia

د بدن نیم اړخ شلتوب ته وايي ستونزه په UMN کې وي.

تعریفونه:

Hemiplegia : دبدن نیم طرف ضعیف وی

Uncrossed hemiplegia: قحفی ازواج او همیفلیجیا په عین طرف کی وی یو ازی او وم قحفی زوج نه اخته کیږی

crossed hemiplegia قحفی ازواج دبدن یو طرف ته فلج وی او دبدن نیم طرف بل خواته فلج وی .

اعراض:

1.ناروغ په دبدن نیم اړخ کمزوري لري.
2.د ناروغۍ پیل تدریجي او ناڅاپي هم کېدلی شي.
3.سرخوږ، کانګې او میرګي ښايي شته وي.
4.ناروع هوش له لاسه ورکوي.
5.د TLA تېره شوې تاریخچه.
6.د Hemiplegia کورنۍ تاریخچه.

نښې:

1.نبض به ورو وي.

2.د وینې فشار به لوړ وي.
3.ناروغ به بې هوشه وي.
4.د سترګو Pupile به پراخ یا کوچنی وي.
5.د قحفي ازواجو یو یا څو دانې فلجېږي.
6.د سحایا د تخریش نښې.
Carotid.7 نبضان به کمزوری او Bruit به اورېدل کېږي.

پلټنې:

1.د وینې ګلوکوز ECG، سینې ایکسری او Examination complete Blood د افت په پیدا کولو کې مرسته کوي.
2.په CT Scan کې دماغو وینه بهېدنه په فوري توګه ښودل کېږي. او MRI یوازې انفارکشن ښودلی شي.
3.دماغي Angiography د Aneurysm موندلو لپاره اړینه ده.
4.که د Subarachnoid وینه بهېدونه تر شک لاندې وي؛ نو Puncture Lumber ډېرا اړین ده، یوزې هغه مهال، چې CT Scan هم تشخیص غوره کړل شي.
Echocardiography.5 د امبولېزم د شتون او شکمن حالت د ښودلو موخه ډېر اړین دی.

:Evaluation of Hemiplegia

کله، چې د Hemiplegia ناروغ روغتون ته راوړل کېږي، دوه اړینې پوښتنې باید ځواب کړي.
۱. افت کله پیل شوی؟
۲. د افت د سرچینې ځای کوم دی؟

:Nature of Lesion

د Hemiplegia د منځئته راتلو لاملونه په لاندې ګروپونو ویشل شوی:

1. Cerebrovascular,Accidentیا

(Hemorrhage ,Embolism, Thrombosis) Stoke.

2..Space Occupying Lesions

1. (CVA) Cerebrobascular Accident:

د اوعیو د افت له کبله نیورولوژیک ستونزې راولاړېږي.

لاملونه:

A. Cerebral Infaecton.
a. Thromboshs.
b. Embolism.
B. Hemorrhage.
a. Intacranial Hemo rrhage.
b. Subarchnoid Hemorrhage.

: Hemiplegia

. Naturre of Lesion
.Site of Lesion

د Stroke توپیري تشخیص:

د Hemiplegia تر ټول عام پېښېدونکی لامل Stroke بلل شوی.

Lschemia(Lnfarction) او Hemorrhage دوه اړیــن میکانېزمونــه لــري، چــې Hemiplegia را ولاړوي.

85-8 سلنه پېښې د ماغي انفار کشن (ترمبوس او امبولېزم) لـه کبلـه او 15-20 سلنه پېښې د Hemorrhage له کبله منځئته راځي.

دا ډېره اړینه ده، چې د Emblsm,Thrombosis او Hemorrhage ترمنځ توپیر وشي؛ ځکه د رتلونکو ستونزو انزار یې په درملنه پورې اړه لري، د توپیري تشخیص لپاره Table- 20 ته په غور سره وګورئ.

: Ischemia Stroke

Atherosclerotic تنګوالی د کوپړۍ خارجي او داخلي رګونو او په هغه کې د علقې جوړېدو او د هغوې ماتېدل د Ischemia strok لامل جوړ وي.

: Thrombosis

که په کوپړۍ کې د غټې علقې جوړېدنه ارمنځته شي؛ نو Atherothronombotic ورته وایي.

د Extra- Intracranial رګونو تنګوالی د وینې لېږد بدونه ټکنی کوي، له مخې یې په اسانۍ سره د TIA Low Flow stroke منځته راځي.

:Embolism

کله چې علقه Atheromas په یوه برخه کې جوړه شي او بیا د جریان په وسیله بېځایه شي، Embolic STROKe یا Atheroembolic ورته راځي.

امبولېزم له زړه څخه هم سرچینه اخستلی شي. (Recent Myocardial Atrial Fibrilatan .Infarction) دې ډول ته Cardioembolization Stroke هم وایي.

که د Embolization سرچینه څرګنده نه وي او ناڅاپي ناروغ اخته کړي، دې ډول ته Cryptugenic Storke وایي.

: Cerebral Thrombosis

ترمبوزس ډېر د رګونو په Atherosclerotic تنګوالي کې منځته راځي، همدا راز Cerebral شریان هم اخته کوي.

اعراض:

1.ډېر مهال د خوب په حالت کې ناروغ اخته کوي.

2.د بدن د نیم اړخ کمزورۍ کېدل.

3.اعراض د شدید TIAS خواته ځي.

4.شعور له منځته تلل.

نښې:

60.1 سلنه وګړي د وينې لوړ فشار لري.

2.د Garotid شريان له پاسه Bruit د اورېدو وړ وي.

د Stroke ډولونه:

1. (Transient Ischemic Attack) د اوعيو د عدم كفايې له كبله Neurolgical افتونه منځته راوړي، خو د 24 ساعتونو په اوږدو کې قابو كېدلى شي.

2.:**Stroke in Evalution**

په Step Wise ډول Neurological افتونه ډېرېږي.

3. Completd Stroke يعنې ټوليزه Hemiplegia.

: Cerbra Embolism

Stroke ناڅاپي پيلېږي، د Embolism سرچينه مالومه نه وي، په انفاركټ شوي، انساجو کې د وينې بهېدنه ساعت په ساعت ډېرېږي، چې دې ډول ته Hemerrhagic Infarction وايي.

اعراض:

1.ناروغ په ناڅاپي ډول د نيم اړخ دروندالى حس كوي.

2. هوش له منځه ځي.
3. dysphasia هم پیدا کیږی.
4. focal neurologic deficit پیدا کیږی.

Dysphasia.نښې:

1-Uncrossed ډوله نیم اړخ شلتوب.
2- غیر منظم نبض د زړه د رګونو ناروغیو نښې.

د امبولیزم سرچینه:

1. Atheroma of Extra or Intracranial Vessels.
2. Arrhythmias او Atrial Fibrilatiation.
3. Recent Myocardial Infarction.
4. (Aortic یا Mitral)Valvular Heart Disease.
5. Prosthetic Valve.
6. Infecve Endocarditis.

: Intracerebral Hemorrhage

دا پیښنه په هغه وګړو کې ډیره منځته راځي چې د اوږد وخت لپاره د وینې لوړ فشار ولري. د Internal Capsule په سوري شوي او وینه رسوونکي برخه کې د ویینې بهېدنې له کبله Aneurysm هم جوړېدای شي.
په کوپړۍ کې نور د وینې بهېدنې لپاره برابر ځایونه Pons, White MATTER Subcorical او Cerbellum دي، کځوړې ته ورته جوړښتونه او د AV بد شکلی هم دماغو ته د وینې تېرېدو لار هواروي.

لاملونه:

1. Hypertension.

2. Saccular Anerysm.
3. AV Malformation.
4. Bleeding\ Clotting Disordrs.
5. Head Trauma.

اعراض:

د Stroke له ناڅاپي پیل سره وګړي د سر شدید درد پیدا کوي، همدارازکه وینه بهېدنه ډېره وي ناروغ کانګې کوي او شعور یې له منځه ځي.

نښې:

1. ناروغ به بې هوشه وي.
2. Uncrossed ډوله نیم اړخ شلتوب.
3. ناروغ به papilledema لري.
4. د سحایا د تخریش نښې.

: *Subarchnoid Hemorrhage*

لاملونه:

A. Primary.
1. Saccular Anerysms.
2. Arteriovenous Malformation.
3. Bleeding Disorders.
4. Vasculitis.
5. Secondary.

: *Primary Subarachnoid Hemorrhage*

نبغ په نبغه Subarchnoid تشې ته د ویني تېرېدلو ته وایي د دې پېښې **50** سلنه د saccular Aneurysm څیرې کېدل جوړ وي، د **6** اوونیو په اوږدو کې یې د بیا راڅرګندېدنې ورېره ډېره تر سترګو کېږي.

اعراض:

په ناڅاپي ډول د شدید سرخوږ منځته راتلل له کانګو سره یا پرته له کانګو.

نښې:

1.د سحایا د تخریش نښې به شته وي.
2.موضعي نیورولوژیک نښې به شته وي.
3.په Opthalmoscopy کې به Subhyaloid Hemorrhage ولیدای شي.
4.Papilledema به شته وي.

: Secondary Sub Arachnoid Hemorrhage

د Lntracerebral Hemorrhage خپرېدنه Subarhnoid تشې ته.

د Stroke لپاره اړینې پلټنې:

دماغو لپاره ډېره ښه ازموینه CT Scan ده، چې په مټ یې د Intracerebeal Hemorrhage , infarction. Stroke ترمنځ توپیري تشخیص کولای شو.
MRI وړاندې له مخه له Infaction څخه مالومات راکولی شي.
Echocardiography بـه زړه د برخـې Embolization پـه هکلـه مالومـات راکړي.
که د سحایا د تخریش نښې شته وي، نو CSF مایع د کتنې لپاره لابراتوار تـه واستول شي، که Subarachnoid وینه بهېدونه منځته راغلي وي، پـه CSF مایع کې څرګند Hemorrhage ښکاري.
که د CSF مایع Centrifuged شي Xanthochromia په کې ولیدای شي.

د Ischemic Stroke د خطر فکتورونه:

1. Hypertension.

2. Smoking.
3. Hyperlipidemia.
4. Diabets Mellitus.
5. Atrial Fibrillation.
6. Family History of Thrombotic Stroke.

:Space Occupying Lesions (SOL)

هغه ناروغۍ دي چې د کوپړۍ ځای نیسي او د کوپړۍ نورمال جوړښتونه تخریبوي.

لاملونه:

1.Tumore.
2. Abscess.
3. Hematoma.
4.Arteriovenous Malformations.

Table- 20 Diffrential Miagnosis of Stroke.

feature	Primarysubarachnoid hemorrhage	Intracerebral hemorrhage	cerebralthrombosis	Cerebral emboli
Time of onset	دفعالیت په وخت کی پیدا کیږی	دفعالیت په وخت کی پیدا کیږی	دخوب په وخت کی پیدا کیږی	هر وخت پیدا کیږی
Headache /vomiting	common	common	Absent	uncommon
Onset	sudden	sudden	graudual	sudden
Lossof consciousness	unusaull	common	unusaull	unusaull
Sign of meningeal irritation	present	present Primary subarachnoid hemorrhage	Absent	Absent
HTN	Common in old Uncommon in young	The most important predisposing	Common present	unusaull

		factor		
Other finding	Hypertensive retinopathy	Hypertensive retinopathy	Bruit over carotid artery	Arrhythmia present ,valvular heart disease ,carotid artery bruit present
CSF	Hemorrhagic	Normal,hemorrhage	Normal	Normal
Angiography	Aneurism present	Aneurism present	Site of obstruction	Site of obstruction

اعراض:

1.د تدریجي کمزورۍ اعراض.

2. بارز اعراض يې سرخوږ او کانګې دي.

3.د ترضیض تاریخچه به شته وي، (Hematoma).

نبنې:

1.د حرکي افتونو سره يو ځای به لاندې نبنې ولري.

2.د نبض کچه به ټیټه وي، (Bradycardema) وليدا ی شي.

3.په Opthalmoscopy کې به Papiledema وليدا ی شي.

پلټنې:

MRI.ct Scan او Angiography به تشخيص وروستی کړی.

: Site of Lesion

د افت برخې ته په کتو سره درې ډوله حرکي کمزوري منځته راځي.

1.: Uncrossed Hemiplegia

د Hemiplegia تر ټولو عام لامل جوړ وي.
د Facial Nerve شلتوب د UMN ډوله افت له کبله پېښېږي.
افت د Brain Stem له پاسه د Hemiplegia په مقابل اړخ کې پروت وي.

2.: Crossed Hemiplegia

قحفي ازواج په یو اړخ او Hemiplegia به بل اړخ کې په افت اخته وي.
د قحفي عصب په اړخ کې به د Brain Stem له پاسه افت پروت وي.

Involvement Hemiplegia Without Cranial Nerve:

د فلج شوي اړخ په خواله **C5** څخه پورته په Spinal Cord کې افت شتون لري.

❋❋❋

شپږم دیرشم څپرکی

Paraplegia

د دواړو لاندینو اندامون (Lower Limb) شلتوب ته وايي چې ښايي افت په Upper Motor Neuron او يا هم په Lower Motor Neuron کې وي.

د Upper Motor Neuron دوله Paraplegia لاملونه:

:Paraplegia Upper Motor Neuron

د اسکالو د ځانګړي سرليک په څېر نه څېړل کېږي، خو د افت په هکله Table 21 مورډ ته پوره روښانتيا راکوي.

:Spinal Cord Compression

دا يوه عقلي عصبي بيړنۍ پېښه ده، له هر څه دمخه بايد په هر ناروغ کې Upper Motor Neuron Paraplegia ته پام واړول شي.

د Lower Motor Neuron دوله Paraplegia لاملونه:

لاملونه:

A. Extradural.
1. Vertbral Traumatic Fracturre.
2. Myeloma.
3. Tuberculosis of Spine.
4. Metastases (Breast, pronchus).
5. Traumatic Degenerative Lesions.
B. Extrramedullary.
1. Meningioma.
2. AV malformation.

C. Intramedullary.
1. Spinal Cord Tumors.

اعراض:

1.د ملا درد تاریخچه عامه وي، درد له ټوخي، پرنجي سره.2ډېر ښت مومي.
3.درد عصب په اوږدو کې خپرېږي.
4.ناروغ په د ترضیض تاریخچه لري.
5.د بدن کمزوري، بې حسي او د لاندیني طرافو Parasthesia.

نښې:

1.د فقراتو په کتنه کې به په څرګند ډول بد شکلي او حساسیت ولیدا ای شي.
2.حسي حسیت به په افت اخته شوې برخه کې له منځه تللی وي.

پلټنې:

1.د فقراتو په ایکسری کې به د Disc تر منځ واټن ډېر شوی وي.
CT.MRL.2 سکن به Compression عصب راوښيي.

:*Transverse Myelitis*

د حرام مغز (Spinal Cord) التهاب نه وايي، هر وخت لپاره د بند ښکتني اطراف اخته کوي او ناروغ کې Paraplegia منځته راوړي.
ښايي ځینې وختونه افت پرمختګ وکړي، له تنفي سیستم سره پورتني اطراف(Upper Limb) هم اخته کړي.

:CSF Paraplegia

اعراص:

1.لومړنی عرض يې د ملا درد ده.
2.د لاندیني اندامو ببړنۍ کمزوري.

نښې:

1.په ښکتني اندام کې به UMN نښې شته وي.

پلټنې:

MRI بــــه Demyelnation او Compression د Spinal Cord Compression راته وښيي.

: Sub Acute Combined Degeneration of the Spinal Cord.

د Vitamin B_{12} د کمښت لـه کبلـه افـت منځتـه راځـي، پـه Columns pyramidal او Posterior دسته کې استحالوي توپيرونه جوړېږي، د Vit B_{12} کمښت د محیطي نیورو پاتې هم زېږولی شي.

اعراض:

1.ناروغ به د کمخونۍ اعراض لري.
2.په تدریجي ډول د لینګیو کمزوري کېدل.
3.مېږي، مېږي کېدل، Tingling عام وي.

نښې:

1.ناروغ به کمخونه وي.

Paraplegia.2 د لیدو وړ وي.
Ankle jerk.3 به نه وي.

پلټنې:
د Vit B12 د کمښت په اړونده ازموینې له پامه باسئ.

: Friedreich, s Ataxia

جنیټکي ناروغي ده، چې Recessive او Dominant بڼه منځته راتلی شي.
لومړی Pyrarnidal Tract, Posterior Columns.
Spinocerebrebrellar Tract او محیطي عصب اخته کوي، په تشخیص کې د دوه یا ډېرو واعصابو اخته کېدل بڼه تشخیص ده.

اعراض:
ناروغ کې په تدریجي ډول د پښو کمزوري او د قدم وهلو پاتې کېدل منځته راځي، ډېرې پېښې یې په Childhood کې وي.
د همدې ناروغې کورنۍ تاریخچه هم له پامه ونه ایستل شي.

نښې:
حرکي کمزوري به تر سترګو کېږي.
Ankle Jerk به شتون نه لري.
د ځای یا موقعیت نه تاکل.
Cerebral Signs به شتون لري.
په وروستیو کې ناروغ د Trophic Cardiomyopathy Hyper , Spina Bifida, Scoliosos سره مخ شي.

پلټنې:

1.د نورو افتونو د موندلو لپاره ښې نیوروني ناروغي ده، په تدریجي توګه به د حرکي نیورونو د نده له منځه ځي.

اعراض:

1.په ناروغ کې به په تتدریجي ډول کمزوري منځته راشي لومړی ښکتني اندام عضلات وروسته ټول بدن اخته کوي.
2.د حرکي نیورونونو اخته کېدو سره په یوازې عضلاتي درد ونه رامخې ته شي.

نښې:

1.کمزوري او د عضلانو ضیاع.
2.Fasciculation به شته وي.
3.حسي کمزوري یا د حس له منځه تلل نه وي.

پلټنې:

:Spinal Cord Infarction

د دې افت په منځته راوړلو کې تر ډېره د ابحر ځیري کېدل برخه لري، چې له امله یې شریاني وینه رسېدنه په ټپه ودرېږي او ساحه په Infarction اخته شي.

اعراض:

په ناڅاپي توګه Paraplagia پیلېږي.

نبني:

په ښکتني اطرافو به د UMN نبني تر سترګو کېږي.

د ابحر د ځېرې کېدو نبني به تر سترګو شي، (د غټو شريانو د نبض له منځه تلل).

پلټني:

د Cord فشار لاندې راتلل او د هغې په اړوند پلټني ډېرې اړينې دي.

Hereditary Spastic Paraplegia :

يوه Autosomal Dominant افت ده، چې د عمر په پنځمه لسيزه کې يې پېښې ډېرې وي.

اعراض:

1.د پښو کې د عضلاتو وکلکوالی يې ښه عرض دی.

2.Legs تدريجي کمزوري.

3.د ادرار غايطه موادو بې اختياره کېدل (Incontinence) عام وي.

نبني:

1.په لينګيو کې به د UMN نبني تر سترګو شي.

2.Noatrophy.

3.Nosensory.

پلټني:

1.د Cord تر فشار لاندې راتلل وپلټل شي.

د UMN Paraplegia د ناڅاپي پيل لاملونه :

1. Cord Compression.
2. Transversr Myelitis.

3. Spinal Cord Infarction.

:Tabes Dorsalis (Neurosyphilis).

په اوسنیو وختونو کې يې پېښې کمې شوې دي.

اعراض:

1.په ګېډه ګوګل او لینګو (Legs) کې پر له پسې دردونه.

2.ناروغ به د قدم وهلو پ مهل درد احساسوي.

نښې:

1.لاندیني اطراف به کمزوري وي.

2.غبرګونونه به نه وي.

3.د ځای پېژندلو توان به نه تر سترګو کېږي.

4.Romberg,s Sign به مثبت وي.

پلټنې:

د Syphilis لپاره به سیرالوژیک ازموینې مثبت وي.

: Syringomyelia

په Syringomyelia کې د پښو کمزوري نه ترسترګو کېږي.

: Intra Cranial Lession

په UMN Paraplgia ناروغانو کې د ماغي ګډوډي، سرخوږ، کانګې، میرګي، Papiledema او نورې کلنیکي نښې رابنايي، چې په کوپړۍ کې د پتالوژۍ شتون لري.

دا افتونو باید د MRI Angiography او CT Scan په مټ وپلټل شي.

د Upgoing Planter لاملونه:

1. UMN Lesion.
2. post- Epileptic Fit.
3. Hypoglycemia.
4. Deep Coma.
5. First Year of Life.

: Lo wer Motor Neurone Paraplegia

دي سنډروم ته حاد Post Infectiv Polyneuritis وايي.
حرکي Polyneuropathy ده، چې وایروسي سرچینه لري او په طبیعت کې Autoimmune ته ورته ده.

اعراض:

1.په ناروغ کې ناڅاپي، خوارډ مهاله کمزوري په ښکتني اندامو.2کې رامنځته کېږي، ښايي Quadraplegia هم ورسره یو ځای شي.
3.د ادرار بندښت.

ښښي:

1.د CSF پروټین به لوړ وي.
2.Nerve Conduction Study به د لومړی اوونۍ وروسته غیر نورمال وي.

د Bilateral Facial Nerve Palsy لاملونه:

1. Guillain- Barr, e Syndeome.
2. Bulbar Peudobalbar Palsy.
3. Sarcoidosis.
4. Bilateral Facial Muscle Weaknws.

اعراض:

1.د عضلانو کمزوري لومړی ورو ، بیا تدریجي ګړندی کېږي.

2.لومړی په پښه لاسونو او بیا نور بدن ته خپرېږي.

3.د Nunbness, Prickling, prickling, Tingling او Burning تاریخچه به شته وي.

نښې:

Nerve Conductionبه غیر نورمال وي.

: Poliomyelitis

یوه وایروسي انساني ناروغي ده چې د Spinal Cord حرکي نیورونونه اخته کوي خو ځینې وختونه Brain Stem هم اخته کولای شي.

دا انتاني ناروغي ځوان ماشومان ډېر دبرید لاندې نیسي.

حسیت پر ځای وي خو د عضلاتو Weakness پېښېږي.

:Polyneuropathy

:Cauda Equina Compression

د ملا درد به وي، درد د Legs خواته خپرېږي.

د ښکتني اندام LMN ډوله کمزوري به شته وي.

په Lumbo- Sacral- Spine کې به Sensory شتون ولري.

MRIبه د Lumbo Sacral Spine تشخیص وټاکي.

Neuropathy Myopathy.

:Progressive Museular Atrophy

د حرکي نیورون ناروغیو ته ورته ده، کوم چې د Spinal Cord ښکتني اندام

اخته کوي.

Fasciculation ښه کلنیکي نښه ده.

: *Potassium Related Disorders*

کورنۍ تاریخچه پـه کې رول لري، ځینې وختونـه د پوتاشیم کچه نورمال وي، پـه تـولیزه توګـه د عضـلاتو پـه کمزورتیـا کـې دوا ړه یـانې Hypo او Hyperkalemiaمنځته راتلای شي.

: *Myopathy*

د عضلاتو لومړنۍ ناروغي ده، چې ښـایي میتابولیـک، التهـابي، جنټکـي او درملو اړوند پېښېدونکې سرچینه ولري.

ډېرې پېښې يې په Proximal عضلاتو کې منځتـه راځي، چې ناروغـان پـر زینـه پورتـه کېـدلو او قـدم وهلـو کـې لـه درد او نـورو سـتونزو سـره لاس وګرېوان وي.

: *Thyrotoxiccosis*

د proximal عضلاتو اخته کېدل يې کلینیکي بڼه ده.

: *Cushing Syndrome*

د لګن خاصرې د عضلاتو اخته کېډل يې ښه کلینیکي بڼه ده.

: *osteomalacia*

د Proximal عضلاتو اخته کېدل يې ښه کلنیکي بڼه ده.

: *Polymyositi Dematmyositis*

د ارتبـاطي انسـاجو ګډ وډي ده، چـې ښـځې ډېـرې کـوي، پـه پوسـتکي او عضلاتو کې التهابي بدلونو نه منځنه راوړي.

اعراض:

په ناروغانو کې د لګن خاصرې او اوږې عضلاتو کمزوري پيښيږي.

د عصلاتو درد او حساسيت.

تر ټولو ښه عرضه يې Dysphagia بلل شوې ده.

نښې:

1.Proximal عضلاتو کمزوري.

2.Dermatomyositis د جس پر مهال عضلات حساس وي.

غبرګونو نورمال وي.

3.Heliotrop Rash, Periobital Odema(يو ډول نبات دی، چې کوچنی ګلاب ته ورته جوړښت لري).

پلټنې:

Creatinine Phosphatase به لوړ وي.

د عضلاتو Biopys به نکروزس Regeneration او التهابي بدلونونه راپه ګوته کړي.

: Muscular Dystrophy

عضلات يې عام اخته کېدونکي ځايونه دي، چې د لګن خاصرې او اوږودو عضلاتو کې د کمزورۍ لومړنۍ نښې دي.

:Hysterical

د اروايي ناروغيو د پېژندلو په موخه Social History ډېره اړينه ده، غبرګونونه به نورمال وي.

: Motor Neuron Disease

ځينې ناروغۍ يوازې حرکي نيورونونه اخته کوي، چې په زړو وګړو کې د

عمر په دویمه یا دریيمه لسیزه کې منځته راځي.
Fasciculation د حرکي نیورونونو یوه پېژندونکې نښه ده، خو حسیت په ځای پاتې وي.

: Progressive Bulbae Palsy

ښکتني قحفي ازواج اخته کوي، ناروغ به Dysphagia Dysarthria او Dysphonia لري، Fasciculation به په ژبه کې شته وي خو Jaw Jerk له منځه نه ځي.

: Progressive Muscular Atrophy

څلور واړه اندامونو کې یو شان حرکي نیوروني کلنیکي ګډوډي منځته راغلي اوسي.

:Bulbar\Pseudobulbar Palsy

د ښکتني قحفي ازواجو شلتوب شته وي.

لاملونه:

Balbar palsy:

1. Progressive Muscular Atrophy.
2. Bulbo Polio.
3. Guillain- Barr, e Syndrome.
4. Syringobulbia.

Pseudobuldar palsy:

1. Amyotrophic Lateral Sclersis.
2. Primary Lateral Sclerosis.
3. Bilateral Sclerosis.
4. Multiple Sclerosis.

اعراض:

ناروغ به Dysarthria. Dysphagia او Dys[honia لري.

نښې:

1.د نهم، لسم، یوولسم او دولسم قحفي ازاجو د شلتوب نښې.
2. نور قحفي ازواج هم اخته کولای شي.

: *Bulbar Palsy*

د ښکتني قحفي ازواجو حرکي نیوروني شلتوب سره ي، ځای به لاندې کلنیک ولري.

.Fasciculation of Tongue
.Wasting of the Tongue
Absent Jaw Jerk (په نورمال حالت Jaw jerk نه وي).

:*Pseudobalbar Palsy*

ښکتني قحفي ازواجو د UMN شلتوب ته وايي.

Emotional Lability
. No Wasting of Tonge

: *Myasthenia Gravis*

عصبي عضلي ګډو ډي ده، چې عضلات اخته کوي، په ښځو کې يې پېښې ډېرې تر سترګو شوي.

اعراض:

Diplopia. Ptosis او Dysphagia يې عام اعراض دی.

نښې:

Ptosis.1 به شته وي.

2.Diploia به تر سترګو کېږي.
3.د عضلاتو ضايع نه وي.
4.حسيت له منځه نه ځي.
5.غبرګونونه (Reflexes) پر ځای وي.
6.د مړيني اصلي سبب د تنفسي عضلاتو اخته کېدل دي.
7.که له ناروغ څخه وغواړئ، چې تر 100 اعداد ولولي، لومړی 50 به ګړندي او پاتې 50 اعداد به ورو حساب کړي.

پلټنې:

1.د Endrophnium Hydrohlorid (Tensilon) په زرق کولو.
2. سره به اني کمزوري منځته راشي.
3.د Acetylcholine Receptorse انتي باډي تايمزبه لوړ وي.
4.CT سکن به سينه کې د Thymoma د موندلو په صورت کې.**5**تشخيص وړاندې کړي.

: *Multiple Sclerosis*

يوه Demyelinating ناروغي، چې ډېر Periventricular ساحې؛ لکه دماغ Optic عصب او Spinal Cord اخته کوي.

اعراض:

1.کمزوري، تر ټولو عام اعراض يې د حسيبت له منځه تلل او Parasthesias خو ښايي، Paraplagia هم شته.
2.د ليد خرابوالی.
3.Diplopia يو شی دوه ليدل.
4.Trigeminal Neuralgia له 50 کلنۍ څخه ټيټ عمره وګړو کې.

5.پر له پسې Facial Palsy.

نښې:

1.Papillis یا Optic Atrophy به په فنډسکوپي کې ولیدای شي.
2.UMN نښې په ښکتنیو اندامو کې د حسیت له منځه تلل.

***

اوه دېرشم څپرکی

پړسوب

Edema

Edema مانا خپور شوی پړسوب چې په دوه دوله دی:

1. ***Pitting Edema*:**

دا ډول پړسوب هغه مهال منځته راځي چې بین الخلایي (Interstitia) مایع ډېرښت بیا مومي په پښو او Sacrun برخو کې یې ښې نښې تاکلی شو.

د Pitting Edema لاملونه:

A. Cardio Vascular.

1. Right Heart Failure.
2. Constriv Pericarditis.
3. Pericardial Effusion.
4. Inferior Vena Cava Obstruction.
5. Superior Vena Cava Obstruction.

B. Renal:

1. Renal Failure.
2. Nephrotic Syndrome.
3. Pe- Ecelampsia.

C. Hypoproteteinemia (Other Than Nepheotic Syndromr.).

1. Cirrhosis.
2. Malnutration.
3. Malbsorption.
4. Protein Losing Enteropathy.

کله چې پر پړسېدلې برخه د غټې ګوتې (Thumb) په وسیله فشار راوړو یو

ننوتی جوړښت Pit منځته راځي کله چې ګوته راپورته کړو ، Pit له منځه ځي. په بدن کې د پړسوب کتلو لپاره مناسب ځایونه پښې، ښنګري او د Sacrum برخې دي.

Pitting Edema پښې هغه مهال پیښیږي، چې وریدي فشار ډیرښت بیا مومي، (د ښې زړه عدم کفایه) یا ازموتیک فشار کمښت سره مخ شي، Hypoproteinemia.

2.: Non- Pittng Edema

د ورته مواد و یاني مایع راټولیدونه د پوستکي لاندې ناروغ پړسیدلی ښکاري خو کله چې فشار وارد وو ، pitting نه تر سترګو کیږي.

لاندې لاملونه د Non- Pitting Edema په منځته راتلو کې برخه اخلي.

د Mucopoly Saccharide راټولیدنه **(**Myxedema).

د شعریه عروقو د نفوذیه قابلیت د ډیریدو له کبله د پروتین Angiedema Leakage.

Fibrosis(لمفاوي ډریناژ خرابوالی) Filariasis اوږد مهال ودریدل او د پښو او نورو برخو پړسوب(Long Standing).

د Non- Pittng Edema لاملونه:

1. Myxedema.
2. Angioedema.
3. Lymphatic Edema.
A.Mallgnant Infiltration.
B. Surgical Removal of Lymph Nodes.
C. filariasis.
D. Milory s Syndrome.

: Pitting Edema

1.: Right Heart Failure

د اړونده برخو پړسوب د ښي زړه د عدم کفايې څرګندې نښې جوړوي.
ناروغ Jugular Venus, Dyspnea فشار لوړوالی، ځيګر غټوالی او حساسوالی تاريخچه لري.
په Echocardiography کې به د زړه ناروغی څرګندې نښې وښيي.

2.Constrictive pericarditis:

د اړونده برخو پړسوب هم په کې منځته راځي، نورې نښې؛ لکه د Jugular Venus فشار لوړوالی، Kussmaul,S Sign ځيګر غټوالی، حبن (Ascitis) او د ځيګر حساسوالی هم تر سترګو شي.
په ايکسرې به د زړه نورمال کچه کوچنی شوې وي په Echocardiograohy کې به د پريکارډ برخه ډبله او calcified شوې وي.

3.: Pericardial Effusion

د اړونده برخو پړسوب هم د پری کارډ په تشه کې د مايع د راټولېدو ښودنه کوي، نورې نښې لکه د Jugular ورید فشارلوړوالی، Muffled Heart Sound. paradoxus Pulsus له حساس ځيګر سره يو ځای موجودې وي.
د سينې په ايکسرې د زړه برخه لويه سيوره ښيي، وروستی تشخيص د Echocardiography په وسيله کوو.

4.Inferior Vena Cava Obstruction:

اعراض:

1.ناروغ د لينګو (Leg) پړسوب لري.
2.په لينګو کې پوازې (pitting) پړسوب شته وي.
3.د غاړې وريدونه پړسوب نه کوي.

4.د ګېډې له پاسه وریدونه برجسته وی ، په دې رګونو کې وینه.5له لاندې څخه پورت ته خواته ځغلي.

لاملونه:

1. Compression by a Mas (paraortic Lympph Nodes).
2. Thrombosis.
3. Increased intrabdominal Pressure (Ovarian) Cyst, Large Ascitis.

پلټنې:

Venography تشخیص وروستۍ پولې ته رسوي.
USG کې به څرګنده شي چې په ګیډه کې شته کتلې د Inferior Vena Cava فشار لاندې راوستی.
Laparatomy او Biopsy د منځته راغلې کتلې اصلیت مالومولي شي.

5. *Superior Vena Cava Obstructoon*:

لاملونه:

1. Malignancy of Mediastinum(Bronchial carcinoma). Lymphoma. Metastaic Tumor.
2. Benign Lesions of mediastinu (Hydatid Cyst.),Dermoid cyst,Retrosternal Thyroid,Thymoma, Aortie.
3. Thrombosis.

اعراض:

1.د مخ او غاړې پړسوب.
2.مټونه به پړسولي وي.

3.ناروغ به تنفسي بندښت او ټوخی لري.
4.نورې نښې، لکه د اواز خپوالی، دژبې پړسوب او Dysphagia به وي.

نښې:

1.مخ به پړسېدلی او Cyanosed وي.
2.د غاړې وریدونه به د نبضان ځواک له لاسه ورکړی وي، (Pulsatile Non).
3.په مټونو ، سینه او مخ کې به د پړسوب نښې Pitting شته وي.
4.په لینګو کې د پړسوب نښې نه ښکاري.
5.د سینې په قدامي د یوال غښتلي وریدونه پراته، د وینې جریان له پورته ښکته وي.

پلټنې:

1.د سینې په ایکسری کې به د حجاب جاجز کتله تر سترګو شي.
2.Venography به د بندښت اصلي برخه په ګوته کړي.

1.Renal Failure

پړسوب د لومړي ځل لپاره د سترګو شاو خوا رانښکاره کېږي.
(Periorbital edema) ډېرښت یې د سهار له خوا ښه ښودلی شو.

2.Nephrotic Syndrome:

داسې ویل کېږي چې که Proteinuria کچه له **3.5gr \day**ځخه ډېره او عمومي پړسوب په ناروغ کې Hyperlipidemia Hypoalbuminemia رامنځته شي Nephrotic سنډروم ورته وایي.
Hypercoagullability یې بله کلنیکي نښه ده کوم چې په محیطي شریانو کې د ترمبوزس Renla Vein ترمبوزس او سږو امبولي جوړ وي.

نورمال ډول سره په ادرار کې د پروتین د اطراح کچه 150mg\bay څخه کمه ده په داسې حال کې چې د البومین کچه 30mg\bay ته رسیږي.
که د البومین اطراح د 30-300mg\gay ترمنځ شي، Micro Albuminuria يې بولي.

لاملونه:

1. Glomerulonephritis.
a. Minimal Change.
b. Membranous.
c. proliferative.
2. Sustemic Vasculitis (eg.SLE).
3. Amyloidsis.
4. Drugs (eg. Gold, penicilamine).
5. Plasmodium Malariae.

اعراض:

ناروغ به عمومی ازیماد ټول بدن پړسوب لري.

نښې:

generalized Pitting Edema به شتون لري.

پلټنې:

د 24 ساعتو پروټین کچه به له 3.5gr څخه ډېره وي او د ادرارد پروټین غلظت به له 0.4 gr\mmol(3.5mg\dl) څخه ډېر وي.
د سیروم البومین به ټیټ وي.
Hyperlipidemia به شته وي.

Pre- Eclampsia:.3

په حامله مېرمنو کې به پړسوب د فشار لوړوالی او پروټین یوریا موجوده وي.

Cirrhosis of Liver:.4

البومین په ځیګر کې جوړېږي هغه وګړي چې د ځیګر په Cirrhosis اخته شوي، هغوی کې د البومین کچه کمښت کوي، له دې امله ناروغ کې Hypoalbumin enemia او پړسوب منځته راځي.

Malnutration:.5

اوږد مهاله لوږه وګړي، Hypoproteinemic پړسوب خواته بیا یې دا پېښه د خوړو کمښت او بې اشتهایي له کبله هم منځته راتلی شي.

Malaborption:.6

Hypoproteinemic پړسوب یې له کبله منځته راتلای شي.

Protein Losing Enteropathy:.7

یو شمېر ناروغۍ شته چې د کولمو له لارې د پروټین جذب خرابوالی، چې اړیني یې د معدې سرطان، Crohn s Disease , Hypertrophic gastritis او لمفاتیک بندښتونه یادولی شو.

د یادو افتونو له کبله ناروغان په Hyproteinemic پړسوب اخته کېږي.

: Non- piting Edema

: Myxedema.1

Myxedema د لومړني Hypothyroidism (د تایراید د ناورغۍ له کبله) پیل نښه ده چې د دویمي Hypothyroidism (د نخامیه غدې په وسیله د TSH کم افرازېدل) ، ورسره ملګري وي.

لاملونه:

1. Spontaneous Atrophic thyroiditis.

2. Overtratment of Thyrotoxicosis With Drugs of Radioiodine.
3. Thyroidectomy.
4. Hoshimoto s Thyroiditis.
5. Dyshormonogenesis.

اعراض:

1.ناروغ له له کمزوری، ستړیا ، له یخ سره حساسوالی، وزن بایللو ، قبضیت، عضلاتي شخوالي او Cramps ډوله دردونو څخه یادونه کوي.

2.د پوستکي وچوالی، د وېښتانو توپېدل، د اوازخپوالی يې نور اعراض دي.

3.کونېوالی ښايي شته وي.

4.د میاشتني عادت ګډوډېدل.

5.ناروغ به د Carpal Tunnel Syndrome نښې لري.

6.ناروغ به Angina او د زړه عدم کفايې اعراض لري.

نښې:

1.پوستکی به وچ وي.

2.خولې به نه وي.

3.مخ به Puffy ډوله وي.

4.Non- Pitting پړسوب او خپور شوی ګنجی توب (Alopecia) به شته وي.

5.خبرې به ورو او کمزوري وي.

6.د اوتارو غبرګونونه به کمزوري وي.

7.د Pericaedial او Pleural Effusion نښې په شته وي.

پلټنې:

1. د سینې په ایکسری کې به زړه غټ شوی وي، ښایي چې د Pericardial Effusion او زړه عدم کفایې نښې شته وي.

2. T_3 او T_4 به ټیټ وي.

3. TSH به لوړ وي.

د Hypothyroidism اختلاطات:

1. Pericadal Effusion.
2. Ischemic Heart Disease.
3. Myxedema Madness (frank Psychosis With Hullucinations Delusions).
4. Myxedema Coma.
5. Hypothermia.

: Angioedema

په پر له پسې ډول سره د ځايي پوستکي او مخاطي غشا پړسوب د تنفسي او هضمي سیستم پړسوب سره یو ځای منځته راځي.

Eyelids شونډې او ژبه یې عام اخته کېدونکي ځایونه دي، که Larrynx اخته کړي، تنفسي بندښت منځته راځي خو که کولمې په افت اخته شوي شدید دردونه منځته راوړي.

:Lymphatic Edema

په کمه کچه سره پروتین له بین الخلای برخو څخه تېر او لمفاوي جریان ته ځان رسوي، خو که لمفاوي لارې بندې وي، پروټین ځای په ځای پاتې کېږي، که لمفاوي غوټې په خباثت (Malignant) حالت اخته شوی وي، لمفاوي ډرېناژ ټکنی او له مخې یې لمفاوي غوټې غټې او قوام یې سختېږي.

په Filariasis کې د لینګو او Scrotum په برخو کې ډېر پړسوب موجود وي.
Milroy s Syndrome کې لمفاوي غوټې په زېږوني ډول شتون نه لري.
ښه تشخيص د Lymphangiography او Lymphoscintography په وسیله کولای شو.
د کتلې د شتون په موخه د التراساونډ توصیه کول.

: Long Standng pittng Edema

کله چې Pitting Edema کې بین الخلایي مایع له لمفاوي غوټو څخه تېرېږي، ځینې پروتینونه په بین المللي (Interstitial) خالیګاه کې پاتې کېږي، په اوږد مهاله پاتې کېدو سره سره دا پروتین Fibrosis ته لار هوار وي؛ ځکه نو له Non – pitting Edema شکل سره ښکاره کېږي.

: Amyloidosis

اوږد وخت لپاره د خارج الحجروي پروتینو پاتې کېدو ته وایي، لاندې کلنیکي بڼه یې د یاده وړ ایستل شي.

:Clinical Mainfestations

1. Kidney:
   a. Proteinurea(nephrotic syndrome)
   b. Renal failure
2. Liver
   a. Hepatomegaly
   b. Abnormal liver function test
3. Heart
   a. Cardiomegaly
   b. Congestive cardiac failure
   c. Conduction defect
4. Skin

a. Slightly raised plaque mostly in auxila

5. GI system

a. Macroglossa

b. Diarrhea

c. Hemorrhage from gum

d. Protein loss

e. Intestinal obstruction

6. Nerve system

a. Peripheral and autonomic neuropathy

7. Joints

a. Arthritis

8. Respiratory system

a. Blockage of sinus and airway passage

تشخيص :

دګیډی تحت الجلدی شحم ، مقعدی برخی څخه بیوپسی او یا دمشکوک ساحی څخه بیوپسی اخیستل په تشخیص کی مرسته کوی.او د **congo red** سره بایو پسی تلوین شی.

***

اته دېرشم څپرکی

له نامالومې سرچېنې څخه تبه

Pyrexia of Unknown Origin

له نامعلومې سرچېنې څخه تبه په څلورو ډولونو سره راځي.

1. ***Classic PUO:***

هغه تبه ده چې د تودوخې درجه له $101^{O}F$ څخه تر درېیو اوونیو پورې لوړه پاتې شي.

لاملونه:

2-Nasocomial PUO :

د انتان له کبله په بستر شوی، ناروغ کې تبه پرمختګ کوي، ښايي تر درې ورځو پورې یې لامل ونه پېژندل شي.

3-Neutropenic PUO:

هغه تبه چې په ناروغان کې د نیوتروفیل کچه تر 500\cmm ته ورسوي.

4-HIV Associated PUO:

هغه تبه چې د HIV ناروغان اخته کوي.

Malaria:

د ملاریا د پرازیټ په وسیله منځته راځي، څلور عام ډولو نه لري.

1. plasmodium Vivax.
2. plasmodium ovale.
3. plasmodium Malariae.
4. plasmodium Falciparum.

د تبې ډولونه:

1.Continuous Fever:

تودوخې درجه نورمال برید ته نه رسېږي او له (**1.8ºf)1ºc ثخه په 24** ساعتو کې نه ډېرېږي.

2.Remittent Fever:

تودوخې درجه نورمال ته نه رسېږي، خو یوازې (1.8of)2o په 24 ساعتو کې رسېږي.

3.Intermittent Fever:

د ورځې په اوږدو کې د څو ساعتونو لپاره تبه شته وي.

4.Quotidian Fever:

هره ورځ یو په بل پسې روانه تبه وي.

5.Tertian Fever:

یوه نه بله ورځ وي تبه.

6.Quartan Fever:

دوه ورځې وروسته په درېیمه ورځ تبه وي.

د ملاریا تبې ډولونه:

ملاریا د Intermittent وي، د تبې دوام د پرازیټ ژوند په RBC کې د پوره کولو له مخې ټاکل کېږي.

Plasmidium Malaria او 48.P. Ovale ساعته دوام کوي او د (Tertan) تبې سبب گرځي.

Malaria-Plasmodium 72,ساعته دوام کوي او Quartan تبې سبب گرځي.

ملاريا او کمخوني:

ملاريا Hemalysis سبب گرځي ځکه په ناروغ کې وينه لږي منځته راځي، د توري غټوالی د ملاريا کلينيکي نښه ده، چې کمخونۍ ته لارهوار وي.

د پر پسې Hemolysis له کبله په ناروغانو کې د فوليک اسيد کمښت هم منځته راځي.

اعراض:

1.ناروغ د څو ورځو لپاره پر له پسې تبه لري.

2.د تبې هر ځل به لاندې درې مرحلو څخه خالي نه وي.

1.:Cold Stage

په کوم چې ناروغ د يخ احساس کوي.

2.:Hot Stage

په کوم چې لوړه درجه تبه منځته راغلې وي.

3. :Wet Stage

په کوم چې ناروغ خولې کېږي او د تودوخې درجه نورمال حالت ته ځي. کانگې او شديد سرخوږ عام وي.

نښې:

ناروغ به کمخو نه وي.

توری او ځينې وختونه به ځيګر هم جس کېدای شي.

Herpes Simplex د خولې په شاوخوا کې په عام ډول تر سترګو کېږي.

پلټنې:

د سلاید له پاسه د نري یا ډبل فلم حوړول د مایکرو سکوپ لاندې د ملاریا پرازیت موندل.

د هډوکو په مغز کې هم ملاریا پرازیټ موندلی شو.

د ملاریا اختلاطات:

Acute Complcation:

1. Cerebral Malaria:
There is High Grade Fevr With Rigors.
Fist may accur
Signs of Meningeal lrritation are Absent
CSF is Usually Normal
2.Black water Fever.
3.Hypogly cemia.
4. Lactic Acidosis.
5. Non- Cardiac Pulmonary Edema.
6. Renal Impairment.
7. Hepatic failure.

: Enteric Fever

په دې ډول تبه کې دواړه (Typhoid Fever) او paratyphoid Fever ګډون لري، د خولې او غایطه موادو له لارې لېږدېږي.

هغه زړې بنځې، چې د صفرا په تیرو اخته دي، ډېرې اخته کوي، له دې امله بسیل په صفرا کڅوړه کې اوسېږي او په اسانۍ سره د غایطه موادو له لارې بهر او وځي او نور شیان ملوث کوي.

دا ډول بسیلونه د کوچنیو کولمو په لمفاوي انساجو کې (Patches peyer,s) کې اوسېږي.

peyer,s Patches پړسوي او هلته د ټپ د جوړېدو سبب ګرځي.
ښايي په وروستيو کې کولمې سورۍ هم کړي.

اعراض:

1. په 5-4 ورځو کې تبه ډېرېږي.
2. پر له پسې تبه.
3. سرخوږ او ګنګسيت عام وي.
4. ټوخي او Epistaxis به شته وي.
5. پـه لويـانو کـې قبضـيت او ماشـومانو کـې نس ناستي منځته راځي.

نښې:

Relative Byody Caedia (پـه نورمـال حالـت کـې د تـودوخې لـه هـرې درجـې سـره 10beat\min د زړه ضـربان ډېرېـږي، خـو کـه لـه ورتـه ډول څخه کم وي، Relative Braby Cardia ورته وايي).
د اوونـۍ پـه وروسـتيو کـې Red- Rose- Spot د ګېـډې پـه پـورتنۍ برخه کې منځته راځي.
توري او ځيګر جس کېداى شي.

پلټنې:

Leukopeina به شته وي.
په لومړنۍ اوونۍ کې د وينې کلچر مثبت وي.

Widal Test:

سـيرالوژيک ټسـټ دى، چـې د Enteric Fever پـه تشـخيص کـې تـرې ګټـه اخسـتل کېـږي، خـو پـه اوسـنيو وختونـو کـې لـه دې ازمـوينې ډېـره

ګټه نه پورته کېږي.
د غایطه موادو او ادرار کلچر به په دوېیمه او درېیمه اوونۍ کې مثبت وي.
د Marrow Aspirate کلچر به مثبت وي.
دویمې اوونۍ په وروستیو کې Widal Test مثبت کېږي.

د Enteric Fever اختلاطات:

A. Farly First Week: Due to Septicemia.
1. pneumonia.
2. Thrombophelobitis.
3. Myocarditis.
4. Myositts.
5. Arthritis.
6. Periostits.
7.Ostomyelitis.
8. Meningitis.
B. Late (Third Week).
1. Perforation of lleum.
2. Hemorrhage From lleum.
3. Cholecystitis\ Perforation of Gall Bladder.
C. Chronic Carriers.

: Tuberculosis

نری رنځ له سږي څخه پرته د بدن هره برخه اخته کولی شي، له اخته کېدو سره سم د لمفاوي غوټو کتنه د غاړې، تخرګ په برخو کې ډېر اړین کار دی.
که د پښتورګو کومه برخه اخته کړؤي. Pyuria او Hematuria کتنه

اړینه ده او په پورته ډول که ګېډه اخته کړي، قبضیت، نس ناستی او د ګېډې دردونه دې وپلټل شي.

:Miliary Tuberculosis

منتشر توبرکلوز ته وایي، چې پیل حاد او تدریجي هم کېدای شي.

اعراض:

1. په لوړه درجه تبه، Remittent او Intermittent تبه د شپې له خولې کېدو سره.
2. کمزوري اشتها او د وزن بایلل.
3. تنفسي اعراض کمزوري وي.

نښې:

1. ناروغ به کمخونه وي.
2. ناروغ به Tachycardia لري.
3. ناروغ به په کلنیکي ډول نورمال وي، خو خپور شوی Crepitation به لري.
4. ځیګر به غټ شوی وي.
5. توری به جس کېدای شي.

پلټنې:

Normochromic او Normocytic کمخوني به شته وي.

ESRبه لوړ وي.

Tuberculinازموینه به مثبت وي.

د سیني ایکسری به پراخ غوټو ته ورته جوړښتونه په روښانه توګه را په ګوته کړي.

د بلغم کلچر به مثبت وي.

Brucellosis:

د Brucella Abortus د غواګانو په شیدو کې موندل کېږي او انسان اخته کوي، خو د Brucella melitensis ډول یې د مېږو په شیدو کې موندل کېږي.

اعراض:

1. په حاد Brucellosis کې تبه په لوړه درجه وي.
2. Rigors او خولې کېدنه عامه وي.
3. سر خوږ، د ملا درد او ستړیا ډېره غښتلې وي.
4. بې اشتهایي او د وزن بایلل هم عام وي.

نښې:

په ځېنو ناروغانو کې د توري غټوالی، د ځیګر غټوالی او د لمفاوي غوټو غټوالی شونی دی.

پلټنې:

Neutropenia او لمفوسایتوزس عام وي.

Agglutination او Complement Fixation ازموینې مثبت وي.

د وینې او هډوکو کلچر به مثبت وي.

Amebiasis:

د کولمو څخه بهر په بدن کې تر ټولو عام او پېژندل شوی ځای د

امیب لپاره ځیګر دی، ځینې وختونه له کمې تبې سره یو ځای حساس ځیګر او د هغه غټوالی ښه کلینیکي نښه ده.

Abscess :

تبه تر ټولو عام عرض دی، چې Subphrenic او Pelvic Abscess کې منځته را تلی شي.
په دې ناروغانو کې ښايي، د ګېډې د جراحي تاريخچه هم شته وي.

:Infective Endocarditis

د زړه په زېږوني ناروغيو کې پورته افت ډېر منځته راځي، ډېر وختونه شوني ده، چې د غاښ جراحي، Cytoscopy، Ptreptococcus او Sigmoidoscopy څخه وروسته افت سر را پورته کړي.
عام افت توليدوونکي ارګانيزمونه يې Streptococcus Viridans(د خولې له لارې) او Fecalis Streptococcus(د حوصلې له لارې)د يادولو وړ دي.

اعراض:

ناروغ به ټيټه درجه تبه، د شپې خوله کېدل، وزن بايلل او ستړيا لري.
د زړه عدم کفايې نښې ډېرښت مومي.
Arthralgia هم شوني ده.
ناروغ به شيرياني امبولې لري.

نښې:

ناروغ به کمخونه وي.

Clubbing، Splinter Hemorrhages او Osler Noder به شته وي.

د توري غټوالی Splenomegaly عامه ده، ښايي، دردناکه او حساسه وي.

د غټو بندونو Arthritis

پلټنې:

Normochromic او Normocytic کمخوني به شته وي.

ESR به لوړ وي.

Leukocytosis عام ډول ليدل کېږي.

Hemturia په نيمايي ناروغانو کې تر سترګو شوی.

Echocardiography به د Vegetations (د رګونو د دېوال له پاسه کوچنی فايبرينې، Platelet او انتاني ارګانيزمونه) وليدای شي.

اختلاطات Infective Endocarditis:

1. Embolic Stroke.
2. Peripheral Arterial,Pulmonary &Coronary Infarction.
3. Mycotic Aneurysm.
4. Rupture of Cush of a Valve & Sudden Deteriocation of Heart Failure.

❋❋❋

نـهه دبړشم څپرکی

Unexplained Loss of Weight

ځېني وختونه ناروغ روغتون ته د وزن بايللو له کبله راځي، که څه هم نوري ستونزې به هم لري، که يو وګړی د خپل وزن **۵** سلنه پـه **۶**-۱۲ مياشتو کې لـه لاسه ورکړي، اړينو روغتيايي پلټنو ته اړتيا ليدل کېږي.

لاملونه:

1. Loss with Good Appetite.
2. Diabetes Mellitus.
3. Weight Thyrotoxicosis.
4. Malabsorption.
5. Worm Infesstation.
6. Weight Loss with Poor Appetite.
7. Chronic Infections (Tuberculosis).
8. Malignancy.
9. Anemia.
10. Chronic Renal Failure.
11. Liver Disease.
12. Connective Tissue Disorders.
13. Psychogenic.
14. Weight Loss with Good Appetite.

:Diabetes Mellitus

د Urea Poly، Polyphagia، او Polydypsia تاريخچـه بـه لـه نـاروغ سـره ملګرې وي، د Plasma ګلوکوز کچه به تشخيص وټاکي.

:Diabetes Mellitus

د تایراید هورمون ډېرښت له هایپر تایروډېزم سره یو ځای چې د تایراید دنده یې خرابه شوې وي.

اعراض:

ناروغ به د وزن بایلل، د زړه ټکان او ساه لنډي لري.
اشتها به ډېره شوې وي.
ناروغ به د خولې کېدو، د حرارت ډېرښت او د یخې هوا سره د نږدېوالي میلان لرل، نس ناستې به هم شته وي، د حیض ګډوډي به هم وي.

لاملونه:

A.Primary Hyperthyroidism.
1.Graves Disease.
Toxic Multinodular Goiter.
Toxic Adenoma.
B.Thyrotoxicosis
1.Subacute Thyroiditis.
Silent Thyroiditis.
Excess Intake Thyroiditis.

نښې:

د خوب پر مهال د Tachyroxine شتون.
د نبض فشار به پراخ وي.
د Atrial Fibrillation له کبله به نبض غیر منظم وي.
لاسونه به ګرم او لامده وي.
Fine Tremors شتون.
په سترګو کې پرتې نښې(Exophthalmos، Lid Reltaction).
د تایراید غده به غټه شوې وي.

پلټنې: T،3 او T،4 به لوړ وي. TSH به ټيټ وي

:Malabsorption

يو شمېر ناروغي ده، چې له امله يې خواړه بدن ته نه جذبيږي، ياني د غايطه موادو سره اطراح کېږي، ناروغ به له ښې اشتها سره سره وزن بايلي.

Worm Infestation: د وزن بايلل په ناروغانو کې عام وي، ښايي، چې ببلا ببېل ډوله چينجيان د افت په منځته راوړلو کې لاس ولري.

Weight Loss with Poor Appetite Chronic Infections :

د ځنډني انتاناتو په کلينيکي بڼه کې د وزن بايلل او بې اشتهايي له توبرکلوز سره يو ځای شته وي. په پلټنو کې د غايطه موادو، ادرار، سينې ايکسری او د وينې بشپړ معاينات تر سره شي.

: Malignancy

د خباثت لومړنی پيل په وزن بايلل او د اشتها نه شتون سره سر را پورته کوي.

Anemia : په وينه لږي کې هم وزن بايلل کېږي، خو اشتها هم يو څه خرابه وي، د وينې لږی سمول د وزن په اخيستلو کې مرسته کولای شي.

:Chronic Renal Failure

د اشتها کمښت او کانګې د وزن بايللو سره يو ځای د پښتورګو ځنډنۍ عهدم کفايه هم ښيي.

Psychogenic : دواړه وېره او خفګان د بې اشتهايي او وزن بايللو لپاره لار هواروي، په تشخيص کې بې خوبي، د کار ډېرښت، فشار مرسته کولای شي.

څلوېښتم څپرکی

چاغوالی

Obesity

د چاغوالي د ځرګندولو لپاره ښه محاسبه د)(ده، چې د وزن په ( )او قد په متر حسابوو، خو که ( )له ۲۲ څخه پورته شي، پرObesity دلالت کوي.

دچاغی اندازه کولوفورمول : د بدن وزن(کیلوګرام) په قد مربع (متر مربع) باندی تقسیمیږی

$BMI=weight/(height\ m)^2$

[BMI=70KG/1.70X1.70
=70KG/2.89=24.22]

Causse:

1. Contitutional.
2. Cushing,s Syndrom.
3. Laurence – Moon – Biedle Syndrom.
4. Frohlic Syndrom.
5. Pseudohypoparthyroidism.

Contitutional.1:

د مزیتوب یو ځانګړی ډول دی.
د ډېرو خوړو او ورځنیو کارونو سره اړوند ده.
کورنۍ تاریخچه به مبثته وي.

په انسولین پورې نا اړونده شکر هم په دې برخه کې د یادولو وړ دي.

2. *Cushing,s Syndrom.*:

دا لامل یې په بدن کې د Cortisol د سطحې دلوړېدو له کبله منځته راځي، لاملونه یې په لاندې ډول دي.

a.Iatrogenic

b.Bilateral Adrenal Hyperplasia Cushing,s Disease

c.Adrenal Tumor

d.Ectopic ACTA Production

اعراض:

ناروغ به مزیتوب (د وزن ډېرښت)، ځوانګي(Acne) او پر مخ د ویښتانو (Hirsutism)نښې ولري.

ناروغان به د ساه لنډي او شکر اعراض ولري.

Amenorrhea شتون.

خفګان، اروايي نارامښت، بې خوبې یې ښه اعراض دي.

ناروغان به د Steriods د کارولو پوره تاریخچه ولري.

پوستکی به نری او چاودېدونکی وي.

مرکزي مزیتوب به شته وي.

مخ به د میاشتې (Moon Like) وي.

Hirsutism او ځوانکې به هم شته وي.

د غاړې په قاعده کې د شحمو راغونډېدل (Buffalo hump).

د ګېډې د پوستکي لپاسه د Striae ډوله کرښو نښې.

ناروغ به د وینې لوړ فشار لري.

د محیطي عضلاتو کمزوري.

پلټنې:

د پلازما ګلوکوز به لوړ وي.

Hypokalemia:

د Corisol د سطحې لوړوالی.

د USG یا CT Scan په وسیله د ارینال د کتلې تاکل.

د ګوګل په ایکسری به د سږو د کانسر نښې شتون ولري.

3.: *Laurence- Moon- Biedle Syndrome*

د دې سنډروم ښې په لاندې ډول دي:

مړیتوب (Obesity).

Hypogonadism.

Polydactyly .

4.: *Frohlic Syndrome:* :

لاندې نښې یې ډېرې اړینې دي.

مزیتوب (Obesity.).

Hypogonadim.

5.: *Pseudohypo Para Thyroidism:*

لاندې نښې یې د یادولو وړ دي.

مزیتوب (Obesity)>

Hypocalcemia.

د هډوکو د نورمال جوړښت له منځه تلل.

***

یو څلوېښتم څپرکی

Clubbing

د Terminal Phalanges پړسوب ته وایي، د دې پړسوب اصلي میکانېزم د بـین الحجـروي (Intersitial Edema) پړسـوب او د شـعریه عروقـو او Arteioles پراخېدو تـه وایـي، یـانې پـه دواړو لاسـونو او پښـو ګوتـو کـې پړسوب تر سترګو کېږي.

لاندې توپیرونه د لیدلو وړ دي:

1. د نوک Nail د قاعدې او نوک ترمنځ د زاویې له منځه تلل.
2.. Hypertrophic Osteoarthropaty ځېنې وختونه Clubbing د هډوکي د Periosteal شاوخوا Sub Periosteal برخو لاسونو، بندونو، زنګنونو، ښنګري او پښې په پړسوب اخته کوي.

پــه X- Ray کــې بــه پــه روښــانه توګــه د هــډوکي شــاوخوا کــې کرښــیز Calcifcation ولیدای شي، خو که ستونزه پـه سږو کـې منځتـه راغلـې وي، دا بـه د Pulmonary Hyper Trophic Osteo Aetheopaty را پـه ګوتـه کړي.

نښې:

۱. د نوک په قاعده کې د Fluctuation شتون.
۲. د نوک د قاعدې محدبیت ډېر ېږي.
۳. د نوک بڼه په بشپړ ډول د ډول د Drum په څېر اوړي.

لاملونه:

A. Resipiratory Disease.

1. Bronchectasis.
2. Bronchial Carcinoma.
3. Lung Absces.
4. Empyema.
5. Fibrosing Alveolitis.
B. Cardiac Discase.
1. Cyanotic Heart Disease.
2. Infectve Collitis Crohn, s Disease.
C. Gastrointestesinal Tract Disease.
1. Malabsorption Syndrome.
2. Ulcerative Collitis Crohn s, Disease.
3. Liver Cirrhosis.
D. Miscellaneous.
1. Familial.
2. Persistent Duectus Arteriosus With Reversol Shurt.

Cyanosis

د پوستکي یا مخاطي غشا شین رنګ اوړېدو ته سیانوزس وایي.

سیانوزس هغه مهال لیدلی شو ، چې د وینې د ګلوکوز کچه له **5gram\dl** **ځخه** پورته شي.

سیانوزس په دوه ډوله دی:

1. Peripheral Cyanosis: :

دا ډول سیانوزس هغه مهال د لیدو وړی وي، چې د محیطي غړو perfusion له کمزورتیا سره مخ شي.

محیطي سیانوزس Cyanosis په ګوتو ، لاسونو ، پوزه، غمبورو او غوږونو کې ښه لیدلی شو ، په ساحه کې یخوالی هم د یادولو وړ ده.

2.: Central Cyanosis :

دا ډول سیانوزس هغه مهال د لیدلو وړ وي، کله چې د اکسیجن رسېدنه Saturation له کمښت سره مخ شي، (80 سلنې کمښت)، له محیطي سیانوزس سره یو ځای دا سیانوزس په ژبه، د خولې مخاطي غشا او د شونډو په لاندینۍ سطحه کې ښه تر سترګو کېږي.
همدارنګه محیطي سیانوزس په سړو کې د وینې او اکسیجن ترمنځ د ښې اشباع نه شتون څخه وروسته هم منځته راتلای شي.

لاملونه:

A. Peripheral Cy anosis.
1. Cold Weather.
2. Low Cardiac Output (Eg. Shock).
3. Arterial Occulusion(Local Cyanosis).
4. Venous Occluson (Local Cyanosis).
B. Centeal Cyanosis.
1. Respiratory Failure (Pagr 216).
2. Cyanotic Heart Diseasae (Page 35).
3. Abnormal Hemoglobin pigment methemajlodinemia, Sulfhemoglobinemia.
4. Persistent Ducts Arteriousus With Reversal of Reversal of Shunt.

❋❋❋

دوه څلوېښتم څپرکی

کړنلارې

Procedures

1. Lumber puncture.
2. Bone Marrow Aspiration\ Bropsy.
3. Ulrasongraphy.
4. Echocardiography.
5. Exercis Tolerance Test.
6. Isotope Scan.
7. Compuerized Tomography Scan.
8. Magnetic Resonance Imaging.
9. Liver Biosy.
10. Angiogeaphy.
11. Upper Gi Endoscopy.
12. Colonoscopy.
13. Endoscopic Retrogadepancreatogaphy.
14. Colnoscopy.
15. Percutaneous Transhepaatic Cholangiography.

: Lumber Puncture

د L_3 او L_4 فقراتو ترمنځ یو اوږد Subarachnoid تشې ته ورد ننه کېږي، د CSF مایع د تشخیص لپاره راایستل کېږي.

دا کړنلاره باید هر ډاکتر په سم ډول یاده وي.

استطبابات:

Lumber Punctue کړنلاره نه یوازې دا چې د تشخیص کولو لپاره ښه لاره

بلکې ځينې وختونه په درملنه کې هم ښه لاس لري.

تشخيص:

۱. که د سحايا التهاب سره د تخريش نښو د تبې يا پرته له تبې شتون درلود.
۲. تبه د شعور له زيان سره يو ځای.
۳. نه پېژندونکې کوما.
۴. شکمن حالتونه.

Guillain- Barre Syndrome..a

Acousti Neuroma..b

Multiple Sclerosis..c

. Leukemias.d

. Transvers Myelitis.e

. Myelography.5

د درملنې په موخه:

. Spinal Anesthesia

په حاده Lymphoblastic Leukemia کې د Methotrexate Intrahecal تطبيق.

مضاد استطبابات:

1. Papilledema.
2. Local Sepsis.
3. Hypotension.
4. Clotting Disorders \ Bleeding.

اختلاطات:

د انتان د ننه کېدل.

Tonsillar Herniation یا. Transtentorial

که ډېر CSF وایستل شي د سرخوږ.

: *Bone Marrow Aspiration\Biopsy*

له iliac هډوکي څخه کولای شو د هډوکي مغز د ازموینو په موخه راواخلو، ځېنې وختونه Triphine Biopsy ته هم اړتیا لیدل کېږي.

استطبابات:

1. Leukemias.
2. Asplastic, Megaloblastic Anemia.
3. pancytopania.
4. Multiple Myeloma.
5. Myelofibrosis.

6. Pyrexia له ناڅرګند سرحد څخه.

د ترضـــیض او Hemorrhage Subarachnoid تـــرمنځ د Lumber Puncture توپیرونه:

: Utrasonography

دا تر ټولو اسانه ښه او بې زیانه ازموینه ده، چې باید د یو تکړه او تجربه لرونکي ډاکتر پر مټ وکارولی شي.

A. لاندې شیانو په هکله ښه مالومات راکولی شي.

a. د ګېډې په دننه کې د کتلې شتون (Cyst, Abscess, Tumer او غټې شوې لمفاوي غوټې).

Hydro Nephrosis..b

Renal Stones.c. مثانه، صفراوي کڅوړه.

d. په پریتوان، پلورا او پریکارډ تشو کې د مایع شتون.

B. لاندې برخې اندازه کولی شي.

a. ځیګر، توری، پښتورګي او صفراوي کڅوړه.
b. پروستات ننی ویزیکل لرونکې برخې (Intravesical Part).
.Intra Extra Hepatic Bile Duct.c
.Portal Intrahepatic Veins.d
C. د لاندې توکو ترمنځ توپیر کولای شي.
a. Cystic او کلک ډوله افتونه.
b. Tumor ابسې او سیستونه.

Echocardiography

د زړه په اړوند د بشپړ مالوماتو د ورکولو لپاره تر ټولو ښه او پر ځای ازموینه ده، ځینې وختونه Doppler (چې وینې د تګ مسیر ښيي)، په مرسته هم ECHO اخستل کېږي، لاندې اسانتیاوې لري.

۱. د زړه د تشو کچه ښیي.
۲. د زړه د دېوالونو سایز ښیي.
۳. د والونو نامنظموالی (Proapse, Regurgatation , Stenosis).
۴. د پردو ترمنځ شته افتونو ښيي (Septal Defect).
۵. زېږوني افتونه.
۶. د پرېکارډ په تشه کې د مايع غونډېدل او د پرېکارډ د دېوالونو ډبلوالی.
۷.Systolic , Ejection Fraction او Diastolic حجمونه.

Exercise Tolerance Test :

دا ازموینه دې لپاره کارول کېږي، چې ناروغ د تمرین پرمهال د زړه اسکیمیا حملې لري او که نه؟

استطبابات:

د سینې شدید دردونه.

مضاد استطبابات:

1. Recent Myocardial Infarction.
2. Unstable Angina.
3. Severe Aortic Stenosis.
4. Malignant Hypertension.

کړنلاره:

ناروغ ته پر زینه د پورته کېدو یا هم د بایسکل ځحاستې وروسته د نبض، لوړو او ECG بدلونونو په اړوند مالومات ورکړئ.

: Termination of Test

1. Ventricular او Supra Ventricular Tachy.

۲. د فشار 15MMhg ټیټېدل.

۳. په ناروغ کې د سینې درد ، Syncope سترېیا او شدیدې ساه لنډی، نبنې تر سترګو کېږي.

۴. ST Segmemrnt Depression.

:Isotop Scan

: Hida Scan for Biliar SySTEM

ایزوتوب د ځیګر حجراتو په وسیله اخستل کېږي او په صفراکې اطراخېږي.

دا پېښه یوازې هغه مهال شوني ده، چې بیلوروبین له 5 mg\100ml ته ورسېږي، په حاده Cholecystitis کې ډېره ګټوره لار ده.

که صفرا کڅوړه ونه توانېږي، چې صفرا اثنا عشر ته تېره کړي او هلته د Radioactivitis نښې ولیدل شي، دا خپله په حاده Cholecystitis دلالت کوي. د صفراوي لاروبندښت د صفرا قنات، اثنا عشر خواته او جراحي

عملیاتو وروسته د صفراوي قناتو Leakage په هکله هم ایزوتوپ اړین مالومات راکولای شي.

: Thallium Cardiac Scan

په Angina کې له تمرین څخه وروسته یوه یخه برخه د سینې لپاسه جس کېږي، چې له دمې سره له منځه ځي، د دې سکن په وسیله د مړې شوې ساحې او افت په اړوند ښه مالومات راکولی شي.

:Bone Scan

د هډوکو سکن د Metastasis د څرګندولو لپاره ډېره ښه لاره ده.

: Computerized Tomography (CT)Scan

یوه راډیولوژیک کړنلاره ده، چې حجرات د کوچنیو ټوټو په شکل سره موږ ته راښیي.

د بدن د مختلفو برخو افتونه په ډېره اسانۍ سره راښیي، په تېره د کوپړۍ په دننه کې د Tumor, Infarction, Hemorrhage او Abscess پېښې.

همدا راز په منصف، سږو او د ګېډې په احشاو کې د کتلو او نورو افتونو په هکله هم مالومات راکولی شي.

د HRCT (High Resolution CT) د Emphysema, Bronhiectasis او Intersritial Lung Disease په هکله تشخیصي ټکي را په ګوته کوي.

:Magnetic Resonance Imaging (MRI)

له CT Scan څخه پرمختللې او غوره شوې ازموینه ده، یوازې د هغه ازموینو لپاره ښه کار کوي، چې افت په نرمو انساجو کې منځته راغلی وي او د تشخیص څخه یې CT Scan ناتوانه شوی وي، د بېلګې په ډول یې د

Cerbellum, Spinal Cord او بندونو انساج د یادولو وړ دي.

: Liver Biopsy

وړاندې له دې، چې له ځیګر څخه Biopsy واخستل شي، د الټراساونډ په وسیله د افت ځای وټاکې.
د Biopsy پر مهال وینه بهېدنه رامنځته کېدلی شي، که څه د وګړو Prothrombine Time نورمال هم وي، په تېره هغه وګړو کې، چې د وینې بهېدنې ناروغی، د اوعیو سرطان ولري او Biopsy ترې اخستل کېږي.
دې ستونزې د اهتماماتو په پار باید د Biopsy کړنلارې د مخه د ناروغ وینې ګروپ څرګند او ي، کس د Doner په توګه ورته حاضر اوسي، که اړتیا شوه وینه ورکړي.
ناروغ باید تر 24 ساعتو پورې تر څارنې لاندې ونې، ل شي، هر 15 دقیقې وروسته نبض شمېر بیا هم هر نیم ساعت یو ساعت او... وټاکل شي.

استطبابات:

1. Chronic Liver Diseaase.
a. Cirrhosis.
b. Chronic Hepatits.
2. Malignancy.
a. secondaries.
3. Others.
a. Lymphomas.
b. pyrexa of Unsnown Origin.
c. (Amylodosis)Storage Disease.
d. Unexplained Hepatomegaly.

اختلاطات:

1. Hemorrhage(Hemothorax.Hemo Peritoneum.Intrahepatic Hematoma. Hemabilia).
2. Pleurisy Perihepatitis.
3. Intahepatic Arteriovenous Fistula.
4. Biliary Peritonitis.
5. Infection.
6. Puncture of other Organs Like Gall Bldney Colon.

: Angiography

د رګونو د اناتومي، بنې، جوړښتو سېر (غځېدنې) پـه هکله بشپړ مالومات راکوي.

: Coronary Angiography

د زړه کرونري شریانونو د ناروغیو لپاره طلايي ازموينه ده، پـه مټ يې کولای شو، چې د شريان د تنګوالي اصلي ځای او نور Collateral شريانونه وګورو.

د Angiography پرمهال د HRCT, Catheter څخه ګټه اخستل کېږي.

استطبابات:

هغه ناروغان، چې ځنډنی Stable Angina Pectors له اړونده اعراضو سره يو ځای لري او طبي درملنې هم کومه پايله نه وي ښودلې، نو Stenting, Angioplaty يا by Pass Graftng ته اړتيا وي.

هغه ناروغان چې د زړه اسکيميکو ناروغيو اعراض لري او د کرونري شريان د ناروغيو د افت موندلو لپاره اړتيا شي.

د کرونري شريان شديدې ناروغی چې Bypass Grafting او Angioplasty

ته ارتیا ولري.

: Carotod Angiography

کوپړۍ د رګونو بد شکليو Deformfhics او Aneursmsy لپاره ښه ازموينه ده.

: Renal Angiopraphy

د Hypertension شکمنو ناروغانو کې د پښتورګو شيريان د تنګېدو په اړوند مالومات راکولای شي.

:Dialysis

که پښتورګو په حاد يا ځنډني ډول خپلې نورمالې دندې له لاسه ورکړې وي، نو د بدن Homeostasis د Dialysis پر مټ ساتل کېږي.

په دوه ډول دی.

1. Hemoodialysis
2. Peritoneal Dialysis

Hemoodialysis تر نورو ډېر ګټور دی.

:Hemodialysis

د Hemoodialysis لپاره يو ځانګړی ماشين شته، چې فلتر او محلول بېلولو دنده پر مخ بوځي، د Cannulae په وسيله د ناروغ وينه له ماشين سره تړل کېږي، شيرياني وينه ماشين ته ځي او د وينې ناکاره مواد واپس د وريد لوري ته لېږدوي، دا پروسه ساعتونه وخت نيسي.

:Peritoneal Dialysis.

يو Cannulae د پريتوان تشې ته داخلېږي، د 1-2Lit ځانګړي محلول په

وسیله د پریتوان تشه ډکېږي، له څو دقیقو تر څو ساعتونو همالته ساتل کېږي، وروسته بیا مایع ایستل کېږي، حل شوي مواد په وینه او د پریتوان مایع په سطحه کې ځای نیسي.
Peritonitis او وینه بهېدنه دوه زیانمن اختلاطات د Peritoneal Dialysis وایي.

استطبابات:

A . د پښتورګو حاده عدم کفایه: که یو له لاندې بېنظمیو او کلینیکي موندنو شتون تر سترګو شي.

1. Blood Urea >200mg\dl
2. Urea >40mg\dl
3. Serum Creatinine >10mg\dl
4. Serum Potassium >7.5mEq\dl
5. Serum Bicor Bonate<12mmol\dl
6. Pulmonary Edema \Fuid Overlood
7. Convulsion
8. Percarditis
9. Bleeding From Gut

B. د پښتورګو ځنډنۍ عدم کفایه

۱. د پښتورګو Transplantation ته د ناروغ چمتو کول

۲. اوږد مهاله Dialysis

مضاد استطباب:

Hemodialysis:

Hypotension.1
Recent Myocardial Infarction.2
Pericaditis.3

:Peritoneal Dialysis

Intraabdominal Sepsis.1
Recent Abdominal Surgery.2
Umbilical Hernia.3
Late Pregnancy.4
Ascites.5

Upper Gastrointestinal Endoscopy:

د Fiberoptic انډوسکوپي په وسیله د معدي معایي سیستم د افتونو په هکله مالومات وړاندي کولای شو.

استطبابات:

تشخیصي:

Peptic Ulcer.1
Reflux Esophagitis.2
Hematemesis\Melana.3
Dysphagia.4
Esophageal Varices.5
6.د ستوني، معدې او اثنا عشر سرطان.
7.Gastric Outlet Obstruction

درملیز:

د Esophageal Varices د Sclerotherapy پر مهال.
Esophageal Dilatation (تنګوالی، Achalasia).
د معدې ټپ په وینه بهېدنه او درملنه کې.
د Foregn Body ایستلو لپاره.

مضاد استطبابات:

Recent Myocardial Infarction.1
Uncontrolled Heart Failure.2

:Colonoscopy

استطبابات:

تشخیصي:

۱. د کولمو التهابي ناروغي.
۲. له مقعد څخه وینه بهېدنه.
۳. د کولون سرطان.

درملنه:

Polypectomy

مضاد استطبابات:

Recent Myocardial Infarction.1
Uncontrolled Heart Failure.2

Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography(ERCP):

یو څه ستونزمنه معاینه ده، خو د صفراوي لارو د بندښت په ښودلو او ټاکلو کې ترې ګټه پورته کېږي.
د انځور له مخې Contrastمواد د Common Bile Ductله لارې یا پانکراس له لارې تیریږي او راډیوګرافیک انځور اخیستل کېږي.
که د Common Bile Ductپه اوږدو کې تیږه یا بندښت شته وي، ښه تر سترګو کېدای شي، له Common Bile Ductڅخه د تیږې

ایستل Sphincterotomy پر مټ شوني ده.
د تنګښت له شتون سره په هماغه ساحه کې ( ) ایښودل تر ټولو ښه لاره ده.

اختلاطات:

1. Cholangitis
2. Acute Pancreatitis
3. Hemorrhage

Magnetic Resonance CholangioPancreatography(MRCP)

MRCP ته ورته ازموینه ده، خو Extra Biliry Obstruction کې تري ډېره ګټه اخیستل کېږي، دلته هم یو اندازه مواد د ورید له لارې زرقېږي.

(Percutaneos Transhepatic Cholangiography)PTC:

ځیګر ته یو نری Needle(ستن) داخلیږي او Contrast مواد په پراخ شوي Intra Hepatic Bile Duct او Biliry System کې زرق کېږي، دلته نو کولای شو، د بندښت ځای او طبیعت مالوم کړو.

اختلاطات:

1. Biliry Peritonitis
2. Hemorrhage
3. Septicemia

***

دری څلویښتم څپرکی

NORMAL VALUE

HEMATOLOGICAL:

1 -Hemoglobin:

Male	16±2 g/dl
Female	14±2 g/dl
ESR	0-20mm in 1 hour
Total leukocyte count	4000-11000/mm^3
Polymorphs	40-70%
Lymphocytes	20-45%
Monocytes	2-10%
Eosinphils	1-6%
Basophils	0-1%

2- PCV or hematocrit

Male	0.4 – 0.54 L/L (40-54%)
Female	0.35 – 0.47 L/L (35-47%)
MCV	78-98 fl
MCH	27-32 pg
MCHC	30-35%
Platelet count	150000 – 400000/mm^3
Red cell count	4.5 – 6.5 millions/mm^3
Reticulocytes	0.2-2%
Bleeding time (Ivy)	Upto 11 minutes

Clotting time	4-9 minutes
Prothrombin time	11-15 secends

Cerebrospinal fluid :

Cells(monoclear)	<5/mm^2
Glucose	45-70mg/dl
Protein	20-50mg/dl

Chemical constituents of blood:

Acid phosphatase	0.1-0.4iu/l
Alkalin phosphatase	3-13KAunits/dl
Amylase	>somogyi unite/dl(60-180U/L
Bilirubin(total) Direct bilirubin Indirect bilirubin	0.3-1.0mg/dl 0.1-0.3mg/dl 0.2-0.7mg/dl
Calcium	8.5-10.5mg/dl
Chloride	95-105 mEq/l
Cholesterol(total)	<200mg/dl
Creatinine	<1.5mg/dl
Creatinine clearance	90-130ml/min
Ferritin Male Female	10-200ng/ml 15-400ng/ml
Fetoprotein(alpha)	<30ng/l
Glucose(fasting)	70-100mg/dl
IRON Male Female Iron binding capacity	 77-178µg/dl 56-156µg/dl 250-400µg/dl
LDH	100-300iu/l
Osmolality(plasma)	285-295mosm/kg
Phosphate	2.5-4.5mg/dl

Potassium	3.5-5.0 mEq/l
Protein Total Albumin Globulin	 6.5-8.5gm/dl 3.5-5.5gm/dl 2.0-3.5gm/dl
SGOT(AST)	10-35iu/l
SGPT(ALT)	10-40iu/l
Sodium	132-145 mEq/l
Triglyceride(fasting)	40-145mg/dl
Urea	15-40mg/dl
Uric acid Male Female	 2-7mg/dl 2-6mg/dl

References

1. Essential of differential diagnosis .muhammad inaythullah shaber ahmad naser . paramount Books(pvt) Ltd
2. Respiratory system diseasese and cardiac rheumatismal disease . pro.Dr Saifullah Hadi.
3. Digestive system and renal diseasese . pro.Dr Saifullah Hadi.
4. Cardiovascular diseases .prof.Dr del aqa del.



دپوهاند دوکتور سیف الله هادي لنډه پيژندنه :

محترم پوهاند دوکتور سيف الله هادي دمرحوم هدايت الله ځوي

او دمرحوم حبيب الله لمسي دلغمان ولايت دګمين په کلي کي په ۱۳۴۲ المريز کال کي زيږدلي دي خپل لومړني زده کړي يي دمهترلام بابا ښار سراجة العمارت په لومړني ښونځي کي تر سره کړي دي او په ۱۳۶۰ المريز کال کي د مهترلام بابا دښار د روښان د ليسي څخه فارغ شوي دي .په ۱۳۶۴ لمريز کال کي دننګر هار پوهنتون د طب پوهنځي دداخلي په د يپارتمنت کي دازمويني دلاري دعلمي کد رغړي په توګه ومنل شو چي تر اوسه پوري په همدي ديپارتمنت

کي داستادي مقدسه دنده پر مخ بیایي . ۱۸ علمي اثار لري چي دننګر هار پوهنتون د پوهي په مجله کي طبع اونشر شوي ،په ۱۳۸۹لمریز کال کي د پوهنوالي علمي رتبي ته دلوړتیا لپاره دهضمي سیستم ناروغیو او د دپښتورګو ناروغیو تر سر لیک لاندي کتاب د طب مینه والو ته تالیف کړ چي تر اوسه پوري دهیواد په دولتي او خصوصي پوهنتونونو کي تدریس کیږي .په ۱۳۹۳ لمریز کال کي دپوهاند علمي رتبي ته دلوړتیا لپاره یو علمي تحقیقي څیړنه (دشکري په مشکوکو ناروغانو کي دHb A1Cارزښت) تر سرلیک لاندي په دي ترتیب چي د لوړي شکري شکمنو ناروغانو کي دسیروم ګلایکیتید هیموګلوبین اندازي له مخي دشکري ناروغي تائید یا رد ید کړي او بیا په دي دواړو ګروپونوکي دشکري ناروغي دخطري فکتورونومطالعه اومقایسه کړي) تر سره کړي چي د عالي تحصیلاتو دانسجام کمیټي او وزیر له خوا او دافغانستان داسلامی دولت ولس مشر له خوا منظور

شوی . په ۱۳۹۵ کال کی د تنفسی سیستم او دزړه روماتیزمل ناروغی تالیف کړ ، په ۱۳۹۵ کال کی دهضمی سیستم او دپښتورګی ناروغی ریوایز کړ او ۱۳۹۶ کی دداخله ناروغیو تفریقی تضخیص تالیف کړ .